

Code de la sécurité sociale

Partie législative

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

Titre 1 : Généralités

Chapitre 1er : Organisation de la sécurité sociale.

Article L111-1

L'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.

Elle garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. Elle couvre également les charges de maternité, de paternité et les charges de famille.

Elle assure, pour toute autre personne et pour les membres de sa famille résidant sur le territoire français, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille.

Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés et le rattachement de leurs ayants droit à un (ou plusieurs) régime(s) obligatoire(s).

Elle assure le service des prestations d'assurances sociales, d'accidents du travail et maladies professionnelles, des allocations de vieillesse ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre des dispositions fixées par le présent code.

Article L111-2

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

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

Article L111-2-1

La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie.

Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources.

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

En partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat.

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

Article L111-2-2

Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés, sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale dans le cadre du présent code, quel que soit leur âge, leur sexe, leur nationalité ou leur lieu de résidence, toutes les personnes exerçant sur le territoire français, à titre temporaire ou permanent, à temps plein ou à temps partiel :

-une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France, et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat ;

-une activité professionnelle non salariée.

Sous réserve des règlements communautaires, le premier alinéa ne s'applique pas en matière d'assurance vieillesse aux salariés étrangers qui demandent, conjointement avec leur employeur établi en France ou, à défaut, avec leur entreprise d'accueil en France, à être exemptés d'affiliation pour ce risque, à condition :

1° De justifier par ailleurs d'une assurance vieillesse ;

2° De ne pas avoir été affiliés, au cours des cinq années précédant la demande, à un régime français obligatoire d'assurance vieillesse, sauf pour des activités accessoires, de caractère saisonnier ou liées à leur présence en France pour y suivre des études, ou à un régime de sécurité sociale d'un Etat, auxquels s'appliquent les règlements communautaires de coordination des systèmes de sécurité sociale ;

3° D'avoir été présents au moins trois mois dans l'établissement ou l'entreprise établis hors de

France où ils exerçaient leur activité professionnelle immédiatement avant la demande.

L'exemption n'est accordée qu'une seule fois pour le même salarié pour une durée de trois ans. Pour la période couverte par cette exemption, le salarié n'a droit ou n'ouvre droit à aucune prestation d'un régime français d'assurance vieillesse.

Par dérogation à l'alinéa précédent, une prolongation de l'exemption peut être accordée par l'autorité administrative compétente pour une nouvelle période de trois ans.

Le non-respect des conditions d'exemption énoncées ci-dessus, dûment constaté par les agents visés à l'article L. 243-7, entraîne l'annulation de l'exemption et le versement, par l'employeur ou le responsable de l'entreprise d'accueil, à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et aux autres organismes collecteurs concernés, d'une somme égale à une fois et demie le montant des contributions et cotisations qui auraient été dues si le salarié n'avait pas bénéficié de ladite exemption.

Un décret fixe les modalités d'application de ces dispositions dérogatoires.

Sous réserve des règlements communautaires, le premier alinéa ne s'applique pas en matière d'assurance vieillesse aux personnes non salariées répondant aux conditions fixées aux deuxième à cinquième alinéas du 1 du I de l'article 81 C du code général des impôts, qui demandent à être exemptées d'affiliation pour ce risque, à condition :

1° De justifier par ailleurs d'une couverture des mêmes risques ;

2° De ne pas avoir été affiliés, au cours des cinq années précédant la demande, à un régime français obligatoire de sécurité sociale, sauf pour des activités accessoires, de caractère saisonnier ou liées à leur présence en France pour y suivre des études, ou à un régime de sécurité sociale d'un Etat auquel s'appliquent les règlements communautaires de coordination des systèmes de sécurité sociale.

L'exemption n'est accordée qu'une seule fois à une même personne pour une durée de trois ans. Pour la période couverte par cette exemption, l'intéressé n'a droit ou n'ouvre droit à aucune prestation d'un régime français d'assurance vieillesse.

Par dérogation à l'alinéa précédent, une prolongation de l'exemption peut être accordée par l'autorité administrative compétente, pour une nouvelle période de trois ans.

Le non-respect des conditions d'exemption énoncées ci-dessus entraîne l'annulation de l'exemption et le versement par l'intéressé aux organismes collecteurs concernés d'une somme égale à une fois et demie le montant des contributions et cotisations qui auraient été dues si le salarié n'avait pas bénéficié de ladite exemption.

Un décret fixe les modalités d'application de ces dispositions dérogatoires.

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

Section 1 : Contenu et présentation des lois de financement.

Article LO111-3

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

-une partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos ;

-une partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours ;

-une partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir ;

-une partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3° Fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs. La définition des composantes des sous-objectifs est d'initiative gouvernementale. Les commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement

de la sécurité sociale sont consultées sur la liste des sous-objectifs et la définition des composantes de ces sous-objectifs. Le nombre de sous-objectifs ne peut être inférieur à cinq.

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

La loi de financement rectificative comprend deux parties distinctes. Sa première partie correspond à la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général. Sa deuxième partie correspond à la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux dépenses.

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

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

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

Cette disposition s'applique également :

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

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

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

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

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

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

2° Ayant un effet sur les recettes de l'année ou des années ultérieures des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement, ou relatives, sous réserve des dispositions de l'article 36 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 précitée, à l'affectation de ces recettes, à la condition qu'elles présentent un caractère permanent ;

3° Modifiant les règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005.]

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

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

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

2° La production d'un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos, mentionnés au I du présent article ;

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

Article LO111-4

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

II.-Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos.

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

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

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

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

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

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

6° Détaillant les mesures ayant affecté les champs respectifs d'intervention de la sécurité sociale, de

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

7° Précisant le périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et sa décomposition en sous-objectifs, et analysant l'évolution, au regard des besoins de santé publique, des soins financés au titre de cet objectif. Cette annexe présente les modifications éventuelles du périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou de la composition des sous-objectifs, en indiquant l'évolution à structure constante de l'objectif ou des sous-objectifs concernés par les modifications de périmètre. Elle précise les modalités de passage des objectifs de dépenses des différentes branches à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Cette annexe indique également l'évolution de la dépense nationale de santé ainsi que les modes de prise en charge de cette dépense. Elle rappelle, le cas échéant, l'alerte émise par une autorité indépendante désignée par la loi ;

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

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

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

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

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

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

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

IV.-Tous les trois ans, le Gouvernement adresse au Parlement, en même temps que le projet de loi de financement de l'année, un document présentant la liste des régimes obligatoires de base de

sécurité sociale et précisant le nombre de leurs cotisants actifs et retraités titulaires de droits propres.

V.-Sont également transmis au Parlement :

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

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

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

Section 2 : Préparation des projets de loi de financement.

Article LO111-5

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

Article LO111-5-1

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

Article LO111-5-2

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

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

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

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

Section 3 : Examen et vote des lois de financement.

Article LO111-6

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

Article LO111-7

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

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

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

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

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

Article LO111-7-1

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

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

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

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

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

Dans la partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général ou des organismes concourant au financement de ces régimes fait l'objet d'un vote unique. La rectification de l'objectif d'amortissement des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et celle des prévisions de recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit de ces régimes font l'objet d'un vote unique. La rectification des objectifs de dépenses par branche, décomposés le cas échéant en sous-objectifs, est assurée par un vote unique portant tant sur l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale que sur le régime général. La rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie décomposé en sous-objectifs fait l'objet d'un vote distinct.

Dans la partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, les prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général ou des organismes concourant au financement de ces régimes font l'objet d'un vote unique. Les tableaux d'équilibre font l'objet de votes distincts selon qu'il s'agit de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général ou des organismes concourant au financement de ces régimes. La détermination de l'objectif d'amortissement des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et celle des prévisions de recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit de ces régimes font l'objet d'un vote unique. La liste des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des

organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources font l'objet d'un vote unique.

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

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

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

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

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

Article LO111-8

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

Article LO111-9

Les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat saisies au fond du projet de loi de financement de la sécurité sociale suivent et contrôlent l'application de ces lois et procèdent à l'évaluation de toute question relative aux finances de la sécurité sociale. Cette mission est confiée à leur président, au président de la mission mentionnée à l'article LO 111-10, ainsi que, dans leurs domaines d'attributions, à leurs rapporteurs et, pour un objet et une durée déterminés, à des membres d'une de ces commissions désignés par elle à cet effet. A cet effet, ils procèdent à toutes auditions qu'ils jugent utiles et à toutes investigations sur pièces et sur place auprès des

administrations de l'Etat, des organismes de sécurité sociale, de tout autre organisme privé gérant un régime de base de sécurité sociale légalement obligatoire et des établissements publics compétents. Tous les renseignements et documents d'ordre financier et administratif qu'ils demandent, y compris tout rapport établi par les organismes et services chargés du contrôle de l'administration, réserve faite des sujets à caractère secret concernant la défense nationale et la sécurité intérieure ou extérieure de l'Etat et du respect du secret de l'instruction et du secret médical, doivent leur être fournis.

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

Article LO111-9-1

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

Article LO111-9-2

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

Article LO111-9-3

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

Article LO111-10

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

Article LO111-10-1

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

Article LO111-10-2

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

Chapitre 1 ter : Objectifs de dépenses et de recettes

Article L111-11

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

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

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

Ces propositions sont accompagnées également d'un bilan détaillé de la mise en œuvre du 22° de

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

Article L111-12

L'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociales se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant.

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

Chapitre 4 : Commissions et conseils

Section 3 : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Article L114-1

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

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

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

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

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

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

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

Section 4 : Conseil d'orientation des retraites.

Article L114-2

Le Conseil d'orientation des retraites a pour missions :

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

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

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

4° De formuler les avis prévus aux III et IV de l'article 5 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites ;

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

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

Le conseil formule toutes recommandations ou propositions de réforme qui lui paraissent de nature à faciliter la mise en œuvre des objectifs et principes énoncés aux articles 1er à 5 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 précitée ainsi qu'aux huit premiers alinéas de l'article L. 161-17.

Le Conseil d'orientation des retraites est composé, outre son président nommé en conseil des ministres, notamment de représentants des assemblées parlementaires, des organisations professionnelles, syndicales, familiales et sociales les plus représentatives et des départements ministériels intéressés, ainsi que de personnalités qualifiées.

Les administrations de l'Etat, les établissements publics de l'Etat et les organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite légalement obligatoire ou du régime d'assurance chômage sont tenus

de communiquer au Conseil d'orientation des retraites les éléments d'information et les études dont ils disposent et qui sont nécessaires au conseil pour l'exercice de ses missions. Le conseil fait connaître ses besoins afin qu'ils soient pris en compte dans les programmes de travaux statistiques et d'études de ces administrations, organismes et établissements.

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

Section 5 : Commission de compensation.

Article L114-3

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

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

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

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

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

Section 6 : Commission de garantie des retraites.

Article L114-4

Il est créé une Commission de garantie des retraites, chargée de veiller à la mise en oeuvre des dispositions de l'article 5 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 précitée.

La commission est composée du vice-président du Conseil d'Etat, président, du président du Conseil économique, social et environnemental, du premier président de la Cour des comptes et du président du Conseil d'orientation des retraites.

La commission constate l'évolution respective des durées d'assurance ou de services nécessaires pour bénéficier d'une pension de retraite à taux plein ou obtenir le pourcentage maximum d'une pension civile ou militaire de retraite ainsi que l'évolution de la durée moyenne de retraite. Elle

propose, dans un avis rendu public, les conséquences qu'il y a lieu d'en tirer au regard de l'article 5 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 précitée.

Les règles de fonctionnement de la commission sont fixées par décret.

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

Article L114-4-1

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

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

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

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

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

Le comité rend un avis, au plus tard le 15 octobre, dans lequel il contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie envisagé pour l'année à venir et présente ses réserves s'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut

pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie.

Cet avis est rendu public et transmis au Parlement.

Section 8 : Comité de pilotage des régimes de retraite

Article L114-4-2

I.-Le Comité de pilotage des régimes de retraite veille au respect des objectifs du système de retraite par répartition définis au dernier alinéa de l'article L. 161-17 A.

II.-Chaque année, au plus tard le 1er juin, le comité rend au Gouvernement et au Parlement un avis sur la situation financière des régimes de retraite, sur les conditions dans lesquelles s'effectue le retour à l'équilibre du système de retraite à l'horizon 2018 et sur les perspectives financières au-delà de cette date.

Lorsque le comité considère qu'il existe un risque sérieux que la pérennité financière du système de retraite ne soit pas assurée, il propose au Gouvernement et au Parlement les mesures de redressement qu'il estime nécessaires.

Article L114-4-3

Le Comité de pilotage des régimes de retraite est composé de représentants de l'Etat, des députés et des sénateurs membres du Conseil d'orientation des retraites, de représentants des régimes de retraite légalement obligatoires, de représentants des organisations d'employeurs les plus représentatives au plan national, de représentants des organisations syndicales de salariés représentatives au plan national interprofessionnel et de personnalités qualifiées.

Un décret définit la composition et les modalités d'organisation de ce comité. Il précise les conditions dans lesquelles sont représentés les régimes de retraite dont le nombre de cotisants est inférieur à un seuil qu'il détermine.

Le comité s'appuie sur les travaux du Conseil d'orientation des retraites. Les organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite légalement obligatoire ou du régime d'assurance chômage communiquent au comité les éléments d'information et les études dont ils disposent et qui sont nécessaires au comité pour l'exercice de ses missions.

Chapitre 4 bis : Organisation comptable

Article L114-5

Les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement appliquent un plan comptable unique fondé sur le principe de la constatation des droits et obligations. Les opérations sont prises en compte au titre de l'exercice auquel elles se rattachent,

indépendamment de leur date de paiement ou d'encaissement.

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

Article L114-6

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

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

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

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

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

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

Article L114-6-1

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

Article L114-7

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

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

Article L114-8

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre 4 ter : Contrôle et lutte contre la fraude.

Article L114-9

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

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

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

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

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

Article L114-10

Les directeurs des organismes de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

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

Les agents chargés du contrôle peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches du régime général.

Les modalités de cette coopération sont définies par décret.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux agents mentionnés à l'article L. 243-7.

Article L114-11

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

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

2° Au recouvrement des créances qu'ils détiennent ;

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

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

Article L114-12

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

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

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

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

Article L114-12-1

Il est créé un répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés, aux organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire ou additionnel obligatoire, ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail, relatif aux bénéficiaires des

prestations et avantages de toute nature qu'ils servent.

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

Les échanges d'informations et données relatives à ce répertoire peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Ces échanges peuvent notamment porter sur les montants des prestations en espèces servies par les organismes mentionnés au premier alinéa. Cette nouvelle fonctionnalité est mise en œuvre avant la fin de l'année 2012. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité, la fiabilité, la provenance, l'intégrité et la confidentialité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et données échangées sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au répertoire défini au premier alinéa.

Ont également accès aux données de ce répertoire :

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

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

Le répertoire contient les données communes d'identification des individus, les informations relatives à leur affiliation aux différents régimes concernés, à leur rattachement à l'organisme qui leur sert les prestations ou avantages, à la nature de ces derniers, ainsi que l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir.

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

Le contenu ainsi que les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil d'Etat, après avis [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006] de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine également les conditions d'identification des personnes qui ne disposent pas d'un numéro d'inscription au répertoire mentionné à l'avant-dernier alinéa.

Article L114-12-2

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

missions.

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

Article L114-12-3

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

Article L114-13

Est passible d'une amende de 5 000 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant.

Article L114-14

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

Article L114-15

Lorsqu'il apparaît, au cours d'un contrôle accompli dans l'entreprise par l'un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 325-1 du code du travail, que le salarié a travaillé sans que les formalités prévues aux articles L. 143-3 et L. 320 du même code aient été accomplies par son ou ses employeurs, cette information est portée à la connaissance des organismes chargés d'un régime de protection sociale en vue, notamment, de la mise en oeuvre des procédures et des sanctions prévues aux articles L. 114-16, L. 114-17, L. 162-1-14 et L. 323-6 du présent code.

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

Article L114-16

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

Article L114-16-1

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

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

Article L114-16-2

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

les articles 313-1, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal lorsqu'elles portent un préjudice aux organismes de protection sociale ;

les articles L. 114-13, L. 162-36, L. 272-1, L. 377-5, L. 583-3 et L. 831-7 du présent code ;

les articles L. 135-1, L. 232-27 et L. 262-50 du code de l'action sociale et des familles ;

les articles L. 351-12, L. 351-13 et L. 651-1 du code de la construction et de l'habitation ;

les articles L. 5124-1, L. 5135-1, L. 5413-1, L. 5429-1, L. 5429-3 et L. 5522-28 du code du travail ;

l'article 1er de la loi du 27 septembre 1941 relative aux déclarations inexactes des créanciers de l'Etat ou des collectivités publiques ;

l'article 22 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier.

Article L114-16-3

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

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

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

3° Dans les organismes de sécurité sociale, les agents de direction mentionnés à la section 4 du chapitre VII du titre Ier du livre II du présent code et les agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 114-10, L. 243-7 et L. 611-16 du même code ; les agents de direction des caisses départementales et pluridépartementales de mutualité sociale agricole et les agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 724-7 et L. 724-8 du code rural et de la pêche maritime ;

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

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

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

Pour l'application de l'article L. 114-16-1 du présent code, les agents des impôts et les agents des douanes mentionnés au 1° du présent article doivent être désignés par le ministre du budget.

Article L114-17

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

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

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

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

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

Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Cette limite est doublée en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire. Le directeur de l'organisme concerné notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, le directeur de l'organisme prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir.

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

est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.

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

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

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

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

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

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

Article L114-18

Toute personne qui, par quelque moyen que ce soit, incite les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale ou de payer les cotisations et contributions dues, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 15 000 euros ou de l'une de ces deux peines seulement.

Article L114-19

Le droit de communication permet d'obtenir, sans que s'y oppose le secret professionnel, les

documents et informations nécessaires :

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

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

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

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

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

Le refus de déférer à une demande relevant du présent article est puni d'une amende de 7 500 €.

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

Article L114-20

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

Article L114-21

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

Article L114-22

Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale et du régime d'assurance chômage peuvent échanger des données à caractère personnel, y compris des données

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

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

Article L114-22-1

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

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

Article L114-23

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

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

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

- 1° De mise en œuvre des mesures de simplification et d'amélioration de la qualité du service aux assurés, allocataires et cotisants ;
- 2° De mutualisation entre organismes, notamment dans le domaine de la gestion immobilière, des achats, des ressources humaines, de la communication et des systèmes d'information, en cohérence avec le plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale ;
- 3° De présence territoriale des différents régimes et différentes branches mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 611-1 du présent code et L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime sur le territoire national ;
- 4° D'évaluation de la performance des différents régimes.

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

Elle détermine également :

- a) Les conditions de conclusion des avenants à la présente convention ;
- b) Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

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

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

Article L114-24

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

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

Les modalités de gestion du fonds sont déterminées par décret.

Chapitre 5 : Dispositions diverses.

Article L115-1

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

Article L115-2

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

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

Article L115-3

Sont fixées par la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 les conditions dans lesquelles les organismes de

sécurité sociale doivent faire connaître les motifs de leurs décisions individuelles.

Article L115-4

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

Article L115-5

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

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

Article L115-6

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

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

Article L115-7

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

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

à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Article L115-8

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

Partie législative

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

Titre 2 : Administration, fonctionnement et personnel des organismes

Chapitre 1 : Conseils et conseils d'administration

Section 1 : Organisation et pouvoirs des conseils.

Article L121-1

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

Section 2 : Statut des administrateurs.

Article L121-2

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

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

Chapitre 2 : Directeur et agent comptable.

Article L122-1

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

comptable.

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

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

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

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

- 1°) aux caisses ayant la forme d'établissements publics ;
- 2°) à la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines ;
- 3°) (Abrogé)
- 4°) à la caisse des Français à l'étranger.

Article L122-2

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

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

La responsabilité personnelle et pécuniaire de l'agent comptable se trouve engagée dès lors qu'un

déficit ou un manquant en deniers ou en valeurs a été constaté, qu'un encaissement n'a pas été effectué, qu'une dépense a été indûment payée ou que, du fait de l'agent comptable, l'organisme a dû procéder à l'indemnisation d'un autre organisme ou d'un tiers.

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

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

Les opérations et les contrôles dont il assume la responsabilité sont précisés par décret. Ce décret précise également les conséquences de la mise en oeuvre des articles L. 216-2-1 et L. 216-2-2 sur la responsabilité des agents comptables concernés.

Article L122-3

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

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

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

Article L122-4

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

Article L122-5

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

Chapitre 3 : Personnel

Section 1 : Dispositions générales.

Article L123-1

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

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

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

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

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

Article L123-2

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

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

Article L123-2-1

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

Article L123-2-2

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

Article L123-2-3

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

Section 2 : Agents de direction et agents comptables

Sous-section 2 : Ecole nationale supérieure de sécurité sociale

Paragraphe 1 : Dispositions générales.

Article L123-3

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

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

Français de l'étranger.

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

Paragraphe 3 : Personnel.

Article L123-4

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

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

Chapitre 4 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article L124-1

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

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

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

Article L124-2

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

Article L124-3

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

Article L124-4

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

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

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

Article L124-5

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

Article L124-6

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

Partie législative

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

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 1er : Assiette et régime fiscal des cotisations

Section 1 : Cotisations sur les pensions de retraite.

Article L130-1

Le montant des cotisations et des assiettes sociales visées au présent code et au code rural et de la pêche maritime est arrondi au franc ou à l'euro le plus proche. La fraction de franc ou d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.

Article L131-1

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

Section 2 : Cotisations sur les revenus de remplacement, les indemnités et les allocations de chômage.

Article L131-2

Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur le revenu de remplacement mentionné à l'article L. 351-2 du code du travail, sur les allocations versées en application de l'article L. 1233-68, des troisième (1°), cinquième (4°), sixième (5°) et septième alinéas de l'article L. 322-4, sur les rémunérations versées en application du quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3, sur les allocations versées en application du troisième alinéa de l'article L.

322-11, des articles L. 351-19, L. 351-25 et L. 731-1 du même code et de l'article L. 521-1 du code des ports maritimes, ainsi que sur les allocations versées par application des accords mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail.

Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est également prélevée sur les avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation d'activité en application de l'article L. 322-4 du code du travail, de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982, ainsi que des ordonnances n° 82-297 et n° 82-298 du 31 mars 1982 ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles. Les taux qui leur sont applicables sont fixés par décret.

Le prélèvement de la cotisation ne peut avoir pour effet de réduire les avantages mentionnés au présent article à un montant net inférieur au seuil d'exonération établi en application des articles L. 242-12 et L. 711-2 du présent code et 1031 du code rural.

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

Article L131-3

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

Section 3 : Exonération.

Article L131-4

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

Article L131-4-1

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

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

Article L131-4-2

I.-Les gains et rémunérations, au sens de l'article L. 242-1 ou de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, versés au cours d'un mois civil aux salariés embauchés dans les zones de redynamisation urbaine définies au A du 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire et dans les zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts sont, dans les conditions fixées aux II et III, exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales conformément à un barème dégressif déterminé par décret et tel que l'exonération soit totale pour une rémunération horaire inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 50 % et devienne nulle pour une rémunération horaire égale ou supérieure au salaire minimum de croissance majoré de 140 %.

Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de l'exonération est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.

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

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

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

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

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

Article L131-4-3

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

Section 4 : Régime fiscal.

Article L131-5

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

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

Article L131-6

Les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles sont assises sur leur revenu d'activité non salarié.

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

Pour les sociétés d'exercice libéral visées à l'article 1er de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, est également prise en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le travailleur non salarié non agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés et des revenus visés au 4° de l'article 124 du même code qui est supérieure à 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant détenus en toute propriété ou en usufruit par ces mêmes personnes. Un décret en Conseil d'Etat précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens du présent alinéa ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant.

Pour les travailleurs indépendants non agricoles qui font application de la section 2 du chapitre VI du titre II du livre V du code de commerce et sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés, le revenu d'activité pris en compte intègre également la part des revenus mentionnés aux articles 108 à

115 du code général des impôts qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté constaté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède 10 % du montant du bénéfice net au sens de l'article 38 du même code si ce dernier montant est supérieur. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent alinéa.

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

Article L131-6-1

Par dérogation à l'article L. 131-6-2 et au premier alinéa de l'article L. 6331-51 du code du travail et lorsqu'il n'est pas fait application de l'article L. 133-6-8 du présent code, sur demande du travailleur non salarié, il n'est exigé aucune cotisation ou contribution, provisionnelle ou définitive, pendant les douze premiers mois suivant le début de l'activité non salariée.

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

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

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

Article L131-6-2

Les cotisations sont dues annuellement.

Elles sont calculées, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu d'activité de l'avant-dernière année. Pour les deux premières années d'activité, les cotisations provisionnelles sont calculées sur un revenu forfaitaire fixé par décret après consultation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale concernés.

Lorsque le revenu d'activité est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation.

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

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

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

Article L131-7

Toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application, à l'exception des mesures prévues aux articles L. 241-13 et L. 241-6-4 dans leur rédaction en vigueur au 1er janvier 2011 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées par ces articles.

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

La règle définie au premier alinéa s'applique également :

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

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

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

Article L131-8

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

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

-à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction

correspondant à 59,03 % ;

-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 24,27 % ;

-au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 16,7 % ;

2° (Abrogé)

3° Le produit de la taxe sur les primes d'assurance automobile, mentionnée à l'article L. 137-6, est versé à la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2 ;

4° Le produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques est versé à la branche mentionnée au 1° du même article L. 200-2 ;

5° Le produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les fournisseurs de tabacs, dans des conditions fixées par décret, est versé à la branche mentionnée au même 1° ;

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

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

a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 58,10 % ;

b) A la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 7,86 % ;

c) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 15,44 % ;

d) Au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code, pour une fraction correspondant à 1,89 % ;

e) Aux branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 722-27 du même code, pour une fraction correspondant à 9,18 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ;

f) A l'Etablissement national des invalides de la marine, à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la Société nationale des chemins de fer français et de la Régie autonome des transports parisiens et à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une fraction correspondant à 0,60 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;

g) Au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), pour une fraction correspondant à 0,31 % ;

h) Au fonds mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation, pour une fraction correspondant à 1,48 % ;

i) Au fonds mentionné à l'article L. 5423-24 du code du travail, pour une fraction correspondant à 1,25 % ;

j) A la compensation, dans les conditions définies à l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24

décembre 2007 de finances pour 2008, des mesures définies aux articles L. 241-17 et L. 241-18 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,89 %.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article est chargée de centraliser et répartir le produit des taxes et des impôts mentionnés, dans les conditions prévues au présent article.

Chapitre 1er ter : Suppression de cotisations

Article L131-9

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

Des taux particuliers de cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge des assurés sont applicables aux revenus d'activité et de remplacement perçus par les personnes qui ne remplissent pas les conditions de résidence définies à l'article L. 136-1 et qui relèvent à titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie ou qui sont soumises au second alinéa de l'article L. 161-25-3. Ces taux particuliers sont également applicables aux assurés d'un régime français d'assurance maladie exonérés en tout ou partie d'impôts directs en application d'une convention ou d'un accord international, au titre de leurs revenus d'activité définis aux articles L. 131-6 et L. 242-1 et de leurs revenus de remplacement qui ne sont pas assujettis à l'impôt sur le revenu. Ils sont également applicables aux redevances mentionnées au IV de l'article L. 136-6 versées aux personnes qui ne remplissent pas la condition de résidence fiscale fixée au I du même article.

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

Article L132-1

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

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

Chapitre 3 : Recouvrement des cotisations et versement des prestations

Section 1 : Procédure sommaire.

Article L133-1

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

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

Section 3 : Dispositions diverses.

Article L133-2

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

Article L133-3

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

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

Article L133-4

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

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

2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 321-1,

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

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

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

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

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

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

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

Article L133-4-1

En cas de versement indu d'une prestation, hormis les cas mentionnés à l'article L. 133-4 et les autres cas où une récupération peut être opérée auprès d'un professionnel de santé, l'organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie ou d'accidents du travail et de maladies professionnelles récupère l'indu correspondant auprès de l'assuré. Celui-ci, y compris lorsqu'il a été fait dans le cadre de la dispense d'avance des frais, peut, sous réserve que l'assuré n'en conteste pas le caractère indu, être récupéré par un ou plusieurs versements ou par retenue sur les prestations à venir en fonction de la situation sociale du ménage.

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

Article L133-4-2

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

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

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

Article L133-4-3

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

Article L133-4-4

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

sommes aux différents organismes d'assurance maladie concernés sont définies par décret.

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

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

Article L133-4-5

L'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail entraîne l'annulation des exonérations et réductions de cotisations et contributions sociales applicables au titre des rémunérations versées aux salariés employés par le donneur d'ordre pour chacun des mois au cours duquel il est constaté par procès-verbal de travail dissimulé qu'il a participé au délit de travail dissimulé en qualité de complice de son sous-traitant, et ce dès l'établissement du procès-verbal.

L'annulation des exonérations et réductions de cotisations et contributions sociales s'applique dans les conditions fixées par l'article L. 133-4-2 du présent code.

Article L133-4-6

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

Article L133-4-7

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

Chapitre 3 bis : Modernisation et simplification du recouvrement des cotisations de sécurité sociale

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

Article L133-5

Les déclarations sociales que les entreprises et autres cotisants sont tenus d'adresser aux organismes gérant des régimes de protection sociale relevant du présent code et du code rural et de la pêche maritime ou visés aux articles L. 3141-30 et L. 5427-1 du code du travail peuvent être faites par

voie électronique soit directement auprès de chacun de ces organismes, soit auprès d'un organisme désigné par eux à cet effet et agréé ou, à défaut, désigné par l'Etat.

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

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

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

Article L133-5-1

Toute association employant moins de dix salariés, qui ne peut ou ne souhaite recourir au service prévu à l'article L. 133-5, bénéficie d'un service d'aide à l'accomplissement de ses obligations déclaratives en matière sociale, dénommé "service emploi associations". Ce service est organisé par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, les caisses générales de sécurité sociale et les caisses de mutualité sociale agricole dans leurs champs respectifs de compétence ou par un tiers après signature d'une convention avec l'un de ces organismes. Les relations entre l'association employeur et le tiers sont régies par une convention qui peut prévoir une participation financière de l'association au fonctionnement du service, dans une limite fixée par décision de l'autorité administrative.

Ce service permet à l'association :

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

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

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

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

Article L133-5-2

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

Article L133-5-4

I. # Tout employeur de personnels salariés ou assimilés autres que les salariés agricoles et les salariés mentionnés à l'article L. 1271-1 du code du travail est tenu d'adresser, au plus tard le 31 janvier de chaque année, à un organisme désigné par décret, une déclaration annuelle des données sociales faisant ressortir le montant des rémunérations versées à chacun de ses salariés ou assimilés au cours de l'année précédente.

Les données de cette déclaration servent à l'ouverture et au calcul des droits des salariés aux assurances sociales, à la vérification des déclarations de cotisations sociales de l'employeur, à la détermination du taux de certaines cotisations ainsi qu'à l'accomplissement par les administrations et organismes destinataires de leurs missions. Au moyen de cette déclaration unique, l'employeur accomplit les déclarations mentionnées aux articles 87,240 et 241 du code général des impôts et aux articles L. 1221-18, L. 1441-8 et L. 5212-5 du code du travail ainsi que les déclarations dont la liste est fixée par décret.

II. # La déclaration annuelle des données sociales est effectuée par voie électronique selon une norme d'échanges qui peut servir à l'accomplissement d'autres déclarations, approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale. Toutefois, elle peut être effectuée au moyen d'un formulaire dont le modèle est approuvé par arrêté conjoint des mêmes ministres.

III. # Lorsque les éléments déjà déclarés au titre d'une année civile à l'un des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 diffèrent de ceux devant figurer sur la déclaration annuelle des données sociales, l'employeur lui adresse une déclaration de régularisation ainsi que, le cas échéant, le versement complémentaire de cotisations et contributions correspondant, au plus tard à la date mentionnée au I du présent article.

IV. # Le défaut de production de l'une des déclarations mentionnées aux I et III dans les délais prescrits, l'omission de données devant y figurer ou l'inexactitude des données déclarées entraînent l'application d'une pénalité.

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

Elle est recouvrée et contrôlée par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations assises sur les rémunérations.

Section 2 : Interlocuteur social unique pour les indépendants.

Article L133-6

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

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

Article L133-6-1

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

Article L133-6-2

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

Lorsque la déclaration prévue au premier alinéa du présent I est réalisée par voie dématérialisée, le travailleur indépendant peut demander simultanément que la régularisation mentionnée à l'article L. 131-6-2 soit effectuée sans délai. Un décret fixe les conditions dans lesquelles cette régularisation est effectuée ainsi que le montant forfaitaire servi à titre d'intérêt au travailleur indépendant qui choisit de régler immédiatement les sommes dues.

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

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

Article L133-6-3

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

1° Le calcul et l'encaissement des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-6 dont sont redevables les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales. Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 transmettent le montant des cotisations et contributions sociales encaissées à l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, qui transfère à la Caisse nationale du régime social des indépendants le produit des cotisations lui revenant ;

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

Article L133-6-4

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

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

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

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

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

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

Article L133-6-5

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

Le contrôle de la législation sociale applicable au recouvrement des cotisations et des contributions

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

Article L133-6-6

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

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

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

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

Article L133-6-7

Les travailleurs indépendants, ou les futurs travailleurs indépendants, reçoivent de la part des organismes en charge du recouvrement des cotisations de sécurité sociale mentionnés aux articles L. 131-6, L. 642-1 et L. 723-6 une information concertée et coordonnée portant sur l'ensemble des droits et obligations en matière de prestations et de cotisations et contributions de sécurité sociale résultant d'une activité professionnelle emportant assujettissement à ces cotisations et contributions, ainsi que, à leur demande, une simulation de calcul indicative de ces dernières ; cette information peut être réalisée sur supports papier et électronique, par voie téléphonique et par l'accueil des intéressés.

Les personnes exerçant une activité non salariée non agricole soumise aux cotisations de sécurité sociale mentionnées au premier alinéa de l'article L. 131-6 ainsi qu'aux articles L. 642-1 et L. 723-6 reçoivent un document indiquant le montant et les dates d'échéance de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale et contributions dont elles sont redevables l'année suivante au regard de leurs derniers revenus connus suivant des modalités fixées soit par une convention conclue à cet effet entre tout ou partie des organismes en charge du recouvrement desdites cotisations et contributions, soit, à défaut, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Lorsque les travailleurs indépendants sont redevables à l'égard d'un ou plusieurs organismes chargés du recouvrement d'une dette de cotisations ou contributions sociales visées au premier alinéa dont le

montant et l'ancienneté sont fixés par décret, ces organismes mettent en oeuvre un recouvrement amiable et contentieux, concerté et coordonné.

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

Article L133-6-7-1

A défaut de chiffre d'affaires ou de recettes ou de déclaration de chiffre d'affaires ou de revenus au cours d'une période d'au moins deux années civiles consécutives, un travailleur indépendant est présumé ne plus exercer d'activité professionnelle justifiant son affiliation au régime social des indépendants. Dans ce cas, la radiation peut être décidée par l'organisme de sécurité sociale dont il relève, sauf opposition formulée par l'intéressé dans le cadre d'une procédure contradictoire dont les modalités sont précisées par décret en Conseil d'Etat. Elle prend effet au terme de la dernière année au titre de laquelle le revenu ou le chiffre d'affaires est connu.

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

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

Article L133-6-8

Par dérogation à l'article L. 131-6-2, les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts peuvent opter, sur simple demande, pour que l'ensemble des cotisations et contributions de sécurité sociale dont ils sont redevables soient calculées mensuellement ou trimestriellement en appliquant au montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs revenus non commerciaux effectivement réalisés le mois ou le trimestre précédent un taux fixé par décret pour chaque catégorie d'activité mentionnée auxdits articles du code général des impôts. Des taux différents peuvent être fixés par décret pour les périodes au cours desquelles le travailleur indépendant est éligible à une exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale. Ce taux ne peut être, compte tenu des taux d'abattement mentionnés aux articles 50-0 ou 102 ter du même code, inférieur à la somme des taux des contributions mentionnés à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

L'option prévue au premier alinéa est adressée à l'organisme mentionné à l'article L. 611-8 du présent code au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle elle est exercée et, en cas de création d'activité, au plus tard le dernier jour du troisième mois qui suit celui de la création. L'option s'applique tant qu'elle n'a pas été expressément dénoncée dans les mêmes conditions.

Le régime prévu par le présent article demeure applicable au titre des deux premières années au cours desquelles le chiffre d'affaires ou les recettes mentionnés aux articles 50-0 et 102 ter du code

général des impôts sont dépassés.

Toutefois, ce régime continue de s'appliquer jusqu'au 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle les montants de chiffre d'affaires ou de recettes mentionnés aux 1 et 2 du II de l'article 293 B du même code sont dépassés.

Article L133-6-8-1

Le travailleur indépendant qui a opté pour le régime prévu à l'article L. 133-6-8 déclare chaque mois, ou au maximum chaque trimestre, son chiffre d'affaires ou de recettes, y compris lorsque leur montant est nul. Les modalités d'application des dispositions prévues aux chapitres III et IV du titre IV du livre II, et notamment les majorations et pénalités applicables en cas de défaut ou de retard de déclaration, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Lorsqu'il déclare un montant de chiffres d'affaires ou de recettes nul pendant une période de vingt-quatre mois civils ou de huit trimestres civils consécutifs, le travailleur indépendant perd le bénéfice du régime.

Article L133-6-8-2

Sans préjudice des droits aux prestations des assurances maladie, maternité et invalidité-décès, les bénéficiaires du régime prévu à l'article L. 133-6-8 qui déclarent, au titre d'une année civile, un montant de chiffre d'affaires ou de revenus non commerciaux correspondant, compte tenu des taux d'abattement définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts, à un revenu inférieur à un montant minimal fixé par décret n'entrent pas dans le champ de la compensation assurée par l'Etat aux organismes de sécurité sociale dans le cadre dudit régime.

Article L133-6-8-3

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

Section 2 quater : Droits des cotisants.

Article L133-6-9

Dans les conditions prévues aux neuvième à douzième alinéas de l'article L. 243-6-3, le régime social des indépendants doit se prononcer de manière explicite sur toute demande d'un cotisant ou futur cotisant relevant de ce régime en application de l'article L. 611-1, ayant pour objet de connaître l'application à sa situation de la législation relative aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel et aux conditions d'affiliation au régime social des indépendants.

Un rapport est réalisé chaque année sur les principales questions posées et les réponses apportées,

dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

La demande du cotisant ne peut être formulée lorsqu'un contrôle a été engagé en application de l'article L. 133-6-5.

Le régime social des indépendants délègue aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, dans les matières pour lesquelles ils agissent pour son compte et sous son appellation, le traitement de toute demande relative aux exonérations mentionnées au premier alinéa.

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

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

Article L133-6-10

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

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

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

Article L133-7

Les cotisations et contributions sociales d'origine légale et les cotisations et contributions conventionnelles rendues obligatoires par la loi, dues au titre des rémunérations versées aux salariés mentionnés à l'article L. 772-1 du code du travail et aux personnes mentionnées au 2° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime employées par des particuliers pour la mise en état et l'entretien de jardins, sont calculées, d'un commun accord entre l'employeur et le salarié :

1° Soit sur une assiette égale, par heure de travail, à une fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance applicable au premier jour du trimestre civil considéré ;

2° Soit sur les rémunérations réellement versées au salarié.

En l'absence d'accord entre l'employeur et le salarié ou à défaut de choix mentionné par l'employeur, il est fait application du 2° ci-dessus.

Des conventions fixent les conditions dans lesquelles les institutions mentionnées au livre IX et à l'article L. 351-21 du code du travail délèguent le recouvrement desdites cotisations et contributions sociales aux organismes de recouvrement du régime général et, pour les salariés relevant du régime

agricole, aux caisses de mutualité sociale agricole.

Le recouvrement par voie amiable et contentieuse de ces cotisations et contributions sociales est assuré pour le compte de l'ensemble des organismes intéressés :

1° Pour les salariés relevant du régime général, par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires ;

2° Pour les salariés relevant du régime agricole, par les caisses de mutualité sociale agricole, sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de ce régime assises sur les salaires.

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

Sous-section 1 : Chèque emploi-service universel

Article L133-8

Le chèque emploi-service universel prévu à l'article L. 1271-1 du code du travail comprend une déclaration en vue du paiement des cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle adressée à un organisme de recouvrement du régime général de sécurité sociale désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Lorsque l'employeur bénéficie de l'allocation prévue au I de l'article L. 531-5, et par dérogation aux dispositions du présent alinéa, l'emploi doit être déclaré selon les modalités prévues à l'article L. 531-8.

La déclaration prévue au premier alinéa peut être faite par voie électronique dans les conditions prévues à l'article L. 133-5.

A réception de la déclaration, l'organisme de recouvrement transmet au salarié une attestation d'emploi se substituant à la remise du bulletin de paie prévue à l'article L. 3243-2 du code du travail.

Article L133-8-1

Les caractéristiques de la déclaration de cotisations sociales prévue à l'article L. 133-8 sont déterminées par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et de l'économie.

Article L133-8-2

L'organisme chargé de recevoir et de traiter la déclaration mentionnée à l'article L. 133-8 en vue du paiement des cotisations et contributions sociales est habilité à poursuivre le recouvrement par voie contentieuse des sommes restant dues, pour le compte de l'ensemble des régimes concernés, sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires.

Article L133-8-3

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

Sous-section 2 : Chèque-emploi associatif

Article L133-8-4

Les organismes de recouvrement du régime général de sécurité sociale organisent directement et à titre gratuit la gestion du chèque-emploi associatif prévu à l'article L. 1272-1 au profit des associations.

Pour les salariés d'associations relevant du régime obligatoire de protection sociale des salariés agricoles, le calcul et le recouvrement des cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle ainsi que des cotisations de médecine du travail sont assurés par les caisses de mutualité sociale agricole. Ces caisses assurent également les opérations nécessaires à la couverture sociale de ces salariés.

Un accord entre les organismes de recouvrement du régime général de sécurité sociale et les caisses de mutualité sociale agricole prévoit la nature et les règles de transfert des informations entre lesdits organismes et caisses pour l'application du dispositif ainsi que les modalités de mise en oeuvre de ce dernier.

Section 5 : Guichet unique pour le spectacle vivant

Article L133-9

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

Article L133-9-1

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

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

Article L133-9-2

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

Toutefois :

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

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

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

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

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

Article L133-9-3

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

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

Article L133-9-4

Les litiges résultant de l'application des dispositions de l'article L. 133-9 aux employeurs mentionnés aux articles L. 5424-1 et L. 5424-2 du code du travail relèvent de la compétence du juge judiciaire.

Article L133-9-5

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

Article L133-9-6

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

Chapitre 4 : Compensation

Section 1 : Compensation généralisée.

Article L134-1

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

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

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

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

Article L134-2

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

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

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

Section 2 : Compensation entre le régime général et les régimes de la Société nationale des chemins de fer français, des mineurs et de la Régie autonome des transports parisiens (maladie, maternité, invalidité)

Sous-section 1 : Dispositions communes.

Article L134-3

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge, pour l'ensemble des agents en activité et des retraités relevant du régime spécial de sécurité sociale de la Société nationale des chemins de fer français la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des

assurances maladie et maternité prévues au livre III.

La caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie de la Société nationale des chemins de fer français, à laquelle les intéressés restent immatriculés, assure, pour le compte du régime général, la gestion des risques mentionnés à l'alinéa ci-dessus, la Société nationale des chemins de fer français continuant à dispenser aux agents en activité les soins médicaux et paramédicaux. Cette caisse assure à ses ressortissants l'ensemble des prestations qu'elle servait au 31 décembre 1970.

Article L134-4

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III et à la section 1 du chapitre III du titre V du livre VII, pour l'ensemble des travailleurs salariés en activité et retraités relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des mineurs et des agents de la Régie autonome des transports parisiens.

La gestion des risques mentionnés au premier alinéa demeure assurée par les organismes propres aux régimes spéciaux en cause auxquels les intéressés restent affiliés.

La caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, et la Régie autonome des transports parisiens pour les agents du cadre permanent, continuent de servir l'ensemble des prestations prévues par les dispositions en vigueur.

Article L134-5

Le taux des cotisations dues au régime général par les régimes spéciaux mentionnés aux articles L. 134-3 et L. 134-4, au titre des travailleurs salariés en activité ou retraités, est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ces régimes continuent à assumer.

Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa de l'article L. 134-4 susmentionné, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines et à la Régie autonome des transports parisiens les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature. Elle rembourse, dans les mêmes limites, à la caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie de la Société nationale des chemins de fer français les prestations en nature versées par cet organisme pour le compte du régime général et à la Société nationale des chemins de fer français les dépenses afférentes aux soins médicaux et paramédicaux dispensés aux agents en activité.

Les soldes qui en résultent entre les divers régimes et la caisse nationale de l'assurance maladie sont fixés dans les conditions définies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1. Lorsque la branche Maladie-maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche Maladie-maternité du régime créancier.

Des décrets fixent, pour chaque régime spécial, les modalités d'application du présent article et des articles L. 134-3 et L. 134-4.

Section 3 : Compensation entre le régime général et le régime des clercs et employés de notaires (maladie et maternité)

Article L134-5-1

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III, pour l'ensemble des travailleurs salariés en activité et des retraités relevant du régime des clercs et employés de notaires.

La gestion des risques mentionnés au premier alinéa demeure assurée par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires à laquelle les intéressés restent affiliés.

Le taux des cotisations dues au régime général par le régime des clercs et employés de notaires au titre des travailleurs salariés en activité et des retraités est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ce régime continue à assumer. Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature.

Les soldes qui en résultent entre ce régime et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont fixés dans les conditions définies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1. Lorsque la branche Maladie-maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche Maladie-maternité du régime créancier.

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

Section 4 : Relations financières entre le régime général et le régime des salariés agricoles

Sous-section 1 : Assurances sociales et prestations familiales.

Article L134-6

Nonobstant toutes dispositions contraires, l'ensemble des prestations légales d'assurances sociales et d'allocations familiales servies aux salariés du régime agricole ainsi que les ressources destinées à la couverture de ces prestations sont retracées dans les comptes des caisses nationales du régime général, dans les conditions qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat, sous réserve du maintien de la gestion des régimes sociaux agricoles par les caisses de la mutualité sociale agricole.

Cette mesure ne peut en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses de mutualité sociale agricole de gérer l'ensemble des régimes sociaux agricoles.

Les ressources affectées aux prestations familiales servies aux salariés agricoles sont constituées par :

1°) une fraction, déterminée chaque année par voie réglementaire, des cotisations fixées à l'article 1062 du code rural destinées au service des prestations légales ;

2°) les versements du fonds national de surcompensation des prestations familiales au titre des salariés agricoles.

Les ressources affectées aux assurances sociales des salariés agricoles s'entendent de :

1°) la fraction des cotisations mentionnées à l'article 1031 du code rural destinée au service des prestations légales ;

2°) les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-3-1 ainsi que les contributions du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2.

Sous-section 2 : Accidents du travail et maladies professionnelles.

Article L134-7

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

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

Article L134-8

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

Article L134-9

La compensation prévue à l'article L. 134-7 du présent code sera mise en oeuvre intégralement lorsque les taux globaux de cotisations dues au titre de l'emploi des travailleurs salariés agricoles pour les assurances maladie et vieillesse et pour les prestations familiales auront été harmonisés avec les taux de cotisations du régime général de sécurité sociale.

Jusqu'à réalisation de cette harmonisation, les transferts de compensation à la charge du régime général de sécurité sociale seront calculés en tenant compte, au cours de chaque exercice annuel, de la réduction de l'écart existant au 30 juin 1977 entre les taux de cotisations mentionnés à l'alinéa précédent.

Article L134-10

Les dispositions des articles L. 134-7, L. 134-8 et L. 134-9, ci-dessus sont applicables aux salariés agricoles relevant du régime d'assurance contre les accidents définis par le code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Article L134-11

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

Section 4 bis : Relations financières entre le régime général et le régime des non-salariés agricoles

Article L134-11-1

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés retrace en solde, dans les comptes de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, la différence entre les charges et les produits de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10 du même code.

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

Section 5 : Compensation entre la caisse nationale des barreaux français et l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales.

Article L134-12

Il est institué, dans le respect des droits acquis, une compensation entre la caisse nationale des barreaux français et l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales, mentionnée au 3° de l'article L. 621-3.

Article L134-13

La compensation prévue à l'article L. 134-12 prendra fin à compter de l'année au cours de laquelle chacune des deux caisses mentionnées audit article atteindra l'effectif minimum prévu à l'article L. 134-1.

Section 7 : Surcompensation interprofessionnelle des prestations d'accidents du travail servies aux ressortissants du régime général de sécurité sociale et du régime de la sécurité sociale dans les mines.

Article L134-15

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

Chapitre 5 : Fonds de solidarité vieillesse

Article L135-1

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

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

professionnelles d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives, ainsi que les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

A titre transitoire, jusqu'à une date fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, du budget et de la sécurité sociale qui ne peut être postérieure au 31 décembre 2005, le fonds de solidarité vieillesse gère la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie instituée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

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

Article L135-2

Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse au titre du premier alinéa de l'article L. 135-1 sont les suivantes :

1° Le financement des allocations mentionnées :

-au dernier alinéa de l'article L. 643-1 ;

-au chapitre V du titre Ier du livre VIII ;

-à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;

2° Une partie, fixée par la loi de financement de la sécurité sociale, des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 ;

3° Les sommes correspondant au service, par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural :

a) Des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ;

b) Des majorations de pensions pour conjoint à charge ;

4° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural, dans la durée d'assurance :

a) Des périodes de service national légal de leurs assurés ;

b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 1233-68, L. 351-3, L. 351-9, L. 351-10 et L. 351-10-2 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 322-4 du même code, de l'allocation de préparation à la retraite mentionnée à l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) et de la rémunération prévue au quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3 du code du travail ;

c) Des périodes de chômage non indemnisé visées au 3° de l'article L. 351-3 du présent code ;

d) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail ;

e) Des périodes de versement de l'allocation de congé solidarité prévue à l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer ;

f) Des périodes mentionnées au 1° de l'article L. 351-3 ;

5° Les sommes correspondant à la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 ci-après ;

6° Les sommes correspondant au paiement par les organismes visés aux articles 1002 et 1142-8 du code rural des majorations des pensions accordées en fonction du nombre d'enfants aux ressortissants du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles ;

7° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base des périodes de volontariat du service national de leurs assurés ;

8° Les frais de gestion administrative du fonds correspondant à des opérations de solidarité ;

9° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et, selon des modalités de calcul fixées par décret, les sommes représentatives de la prise en compte au titre de la durée d'assurance, par le régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale mentionné à l'article 5 de cette ordonnance, des périodes définies à son article 8 ;

10° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base, dans le salaire de base mentionné à l'article L. 351-1, des indemnités journalières mentionnées au même article.

Les sommes mentionnées aux a, b, d, e et f du 4°, au 7° et au 10° sont calculées sur une base forfaitaire dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les sommes mentionnées au c du 4° sont calculées sur une base forfaitaire déterminée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

Article L135-3

Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 et à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont constituées par :

1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application des taux fixés au 2° du IV de l'article L. 136-8 aux assiettes de ces contributions ;

2° Une fraction fixée à l'article L. 131-8 du présent code du produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement

déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code ;

3° La part du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 fixée au 2° de l'article L. 137-16 ;

4° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ;

5° Le produit de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés mentionnée à l'article L. 245-13 ;

6° (Abrogé) ;

6° Les sommes mises à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales par le 5° de l'article L. 223-1 ;

7° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, des prélèvements sociaux prévus aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;

8° Les fonds consignés au 31 décembre 2003 au titre des compensations prévues à l'article L. 134-1 ;

9° Alinéa abrogé

10° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 ; 10° bis Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'actions de l'entreprise, n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;

10° ter Les sommes acquises à l'Etat conformément au 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

10° quater Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;

10° quinquies Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1710-1785 mégahertz, 1805-1880 mégahertz, 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;

10° sexies Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-5 du présent code ;

11° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du code du travail.

Les recettes et les dépenses du fonds de la première section doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale.

Article L135-3-1

Le fonds est en outre chargé de la mise en réserve de recettes pour le financement des dispositifs prévus aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites. Cette mission est suivie au sein d'une nouvelle section qui retrace :

I.-En recettes :

1° Une part fixée au 2° de l'article L. 137-16 de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 ;

2° Une part fixée à l'article L. 245-16 des prélèvements mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;

3° Les produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de cette section.

II.-En dépenses, à partir de 2016, les versements du fonds au régime général, au régime des salariés agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre des dépenses que ces régimes engagent pour les dispositifs mentionnés au premier alinéa. Le montant annuel de ces versements est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.

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

Article L135-4

La part des contributions sociales qui revient au fonds en application du 1° de l'article L. 135-3 lui est versée, dans des conditions fixées par décret, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale s'agissant du produit correspondant à la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 et par l'Etat s'agissant du produit correspondant aux contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7.

Article L135-5

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

Chapitre 5 bis : Fonds de réserve pour les retraites.

Article L135-6

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

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

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

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

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

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

Article L135-7

Les ressources du fonds sont constituées par :

1° Abrogé ;

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

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

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

5° Abrogé ;

6° Abrogé

7° Abrogé ;

8° Abrogé ;

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

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

11° Abrogé.

Article L135-8

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

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

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

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

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

Le directoire assure la direction de l'établissement et est responsable de sa gestion. Il met en oeuvre les orientations de la politique de placement. Il contrôle le respect de celles-ci et en particulier leur adéquation avec les obligations de versements prévues à l'article L. 135-6. Il en rend compte régulièrement au conseil de surveillance et retrace notamment, à cet effet, la manière dont les orientations générales de la politique de placement du fonds ont pris en compte des considérations sociales, environnementales et éthiques.

Article L135-9

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

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

Article L135-10

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

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

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

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

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

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

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

Article L135-11

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

Article L135-12

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

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

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

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

Article L135-13

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

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

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

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

Article L135-14

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

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

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

Article L135-15

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

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

Chapitre 6 : Contribution sociale généralisée

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

Article L136-1

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

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

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

Article L136-2

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

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

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

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

I bis.-La contribution est établie sur l'assiette correspondant aux cotisations forfaitaires applicables

aux catégories de salariés ou assimilés visées par les arrêtés pris en application des articles L. 241-2 et L. 241-3 du présent code et L. 741-13 du code rural et de la pêche maritime, dans leur rédaction en vigueur à la date de publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

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

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

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

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

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

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

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

e) Les allocations versées à l'issue des mandats locaux par le fonds mentionné par l'article L. 1621-2 du code général des collectivités territoriales.

4° Les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance, à l'exception de celles visées au cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et de celles destinées au financement des régimes de retraite visés au I de l'article L. 137-11 et au cinquième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;

5° Les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ou, en l'absence de montant légal ou conventionnel pour ce motif, pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement. En tout état de cause, cette fraction ne peut être inférieure au montant assujéti aux cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujéties dès le premier euro ; pour

l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles versées en cas de cessation forcée des fonctions des personnes visées au 5° bis du présent II. Sont également assujetties toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail ;

5° bis Les indemnités versées à l'occasion de la cessation de leurs fonctions aux mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts, ou, en cas de cessation forcée de ces fonctions, la fraction de ces indemnités qui excède la part des indemnités exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code ; Toutefois, en cas de cessation forcée des fonctions, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujetties dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la cessation forcée des fonctions et de celles visées à la première phrase du 5° ;

6° (Abrogé) ;

7° Les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou à leurs ayants droit.

III.-Ne sont pas inclus dans l'assiette de la contribution :

1° Les allocations de chômage visées à l'article L. 131-2, perçues par des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article. En outre, la contribution pesant sur ces allocations ne peut avoir pour effet de réduire le montant net de celles-ci ou, en cas de cessation partielle d'activité, le montant cumulé de la rémunération d'activité et de l'allocation perçue, en deçà du montant du salaire minimum de croissance ;

2° Les pensions de retraite et d'invalidité des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article ou qui sont titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par un régime de base de sécurité sociale sous conditions de ressources ou par le fonds spécial visé à l'article L. 814-5. Ces conditions de ressources sont celles qui sont applicables pour l'attribution de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité ;

3° Les revenus visés aux 2°, 2° bis, 3°, 4°, 7°, 9°, 9° bis, 9° quater, 9° quinquies, 10°, 12°, 13°, 14°, 14° bis, 14° ter, 15°, a à d et f du 17°, 19° et b du 19° ter de l'article 81 du code général des impôts ainsi que ceux visés aux articles L. 961-1, deuxième alinéa, et L. 961-5 du code du travail ;

4° Les pensions alimentaires répondant aux conditions fixées par les articles 205 à 211 du code civil, les rentes prévues à l'article 276 du code civil et les pensions alimentaires versées en vertu d'une décision de justice, en cas de séparation de corps ou de divorce, ou en cas d'instance en séparation de corps ou en divorce ;

5° Les salaires versés au titre des contrats conclus en application de l'article L. 117-1 du code du travail ;

6° L'allocation de veuvage visée à l'article L. 356-1 du présent code et à l'article L. 722-16 du code rural et de la pêche maritime ;

7° L'indemnité de cessation d'activité visée au V de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) ;

8° L'indemnité prévue à l'article 9 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative au volontariat associatif et à l'engagement éducatif.

Article L136-3

Sont soumis à la contribution les revenus professionnels des travailleurs indépendants au sens de l'article L. 242-11.

La contribution est assise sur les revenus déterminés par application des dispositions de l'article L. 131-6. Les cotisations personnelles de sécurité sociale mentionnées à l'article 154 bis du code général des impôts ainsi que les sommes mentionnées aux articles L. 441-4 et L. 443-8 du code du travail et versées au bénéfice du travailleur indépendant sont ajoutées au bénéfice pour le calcul de la contribution, à l'exception de celles prises en compte dans le revenu professionnel défini à l'article L. 131-6.

La contribution est due annuellement dans les conditions définies aux articles L. 131-6-1, L. 131-6-2 et L. 133-6-8, ainsi que par leurs dispositions réglementaires d'application dans leur rédaction en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

Article L136-4

I.-Sont soumis à la contribution les revenus professionnels déterminés en application des articles L. 731-14 à L. 731-15 du code rural et de la pêche maritime.

Les revenus pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle la contribution est due. Lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole a exercé l'option prévue à l'article L. 731-19 du code rural et de la pêche maritime, les revenus pris en compte sont constitués par les revenus afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due.

Les revenus sont majorés des cotisations personnelles de sécurité sociale de l'exploitant, de son collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole et des membres de sa famille, ainsi que des sommes mentionnées aux articles L. 3312-4, L. 3324-5 et L. 3332-27 du code du travail et versées au bénéfice des intéressés, à l'exception de celles prises en compte dans le revenu défini à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime.

L'article L. 731-22 du code rural et de la pêche maritime est applicable au calcul et au recouvrement de la contribution.

II.-Lorsque la durée d'assujettissement au régime de protection sociale des non-salariés agricoles d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne permet pas de calculer la moyenne des revenus professionnels se rapportant aux trois années de référence prévues au premier alinéa de l'article L. 731-15 du code rural et de la pêche maritime, l'assiette de la contribution est déterminée forfaitairement à titre provisoire dans les conditions suivantes :

a) Pour la première année au titre de laquelle la contribution est due, l'assiette forfaitaire provisoire

est fixée conformément au III ci-dessous ; cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base des revenus professionnels afférents à la première année lorsque ceux-ci sont définitivement connus ;

b) Pour la deuxième année au titre de laquelle la contribution est due, l'assiette est égale à la somme de la moitié de l'assiette forfaitaire prévue au a et de la moitié des revenus professionnels de l'année précédente ; cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base de la moyenne des revenus afférents à la première et à la deuxième année lorsque ceux-ci sont définitivement connus ;

c) Pour la troisième année au titre de laquelle la contribution est due, l'assiette est égale au tiers de la somme de l'assiette forfaitaire prévue au a et des revenus professionnels des deux années précédentes ; cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base de la moyenne des revenus afférents aux trois premières années lorsque ceux-ci sont définitivement connus.

Lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole a opté pour l'assiette prévue à l'article L. 731-19 du code rural et de la pêche maritime, pour la première année au titre de laquelle la contribution est due, celle-ci est calculée à titre provisoire sur la base de l'assiette forfaitaire fixée conformément au III ci-dessous. Cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base des revenus professionnels afférents à la première année lorsque ceux-ci sont définitivement connus.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus du présent II, pour les personnes mentionnées au deuxième et au troisième alinéa de l'article L. 731-16 du code rural et de la pêche maritime, l'assiette de la contribution est déterminée selon les modalités des deuxième, troisième et quatrième alinéas du même article.

III.-L'assiette forfaitaire provisoire prévue au a du II est égale à six cents fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due.

IV. (Abrogé)

V. (Abrogé)

VI.-L'article L. 731-18 du code rural et de la pêche maritime est applicable au calcul de la contribution.

VII.-Sont soumis à la contribution les revenus professionnels, définis à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime, des personnes redevables de la cotisation de solidarité visée à l'article L. 731-23 du même code.

Les revenus pris en compte sont ceux afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due. Ces revenus proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours de la ou des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours de la ou desdites années.

Les revenus sont majorés de la cotisation de solidarité visée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime.

Pour les personnes redevables de la cotisation de solidarité définie à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime, lorsque les revenus professionnels ne sont pas connus, la contribution est calculée sur une assiette forfaitaire provisoire égale à cent fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due.

Cette assiette forfaitaire est régularisée lorsque les revenus sont connus.

Article L136-5

I.-La contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1, L. 136-2, L. 136-3 sous réserve de son deuxième alinéa, et L. 136-4 ci-dessus est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations au régime général pour la même catégorie de revenus. La contribution portant sur les revenus tirés de l'activité d'artiste-auteur et visés au premier alinéa du I de l'article L. 136-2 est recouvrée dans les conditions et par les organismes agréés, prévus au chapitre II du titre VIII du livre III. La contribution portant sur les revenus non soumis à cotisations au régime général de la sécurité sociale est, sauf disposition expresse contraire, précomptée par les entreprises ou par les organismes débiteurs de ces revenus et versée aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. La contribution portant sur les allocations mentionnées aux articles L. 632-6 et L. 632-7 du code de l'éducation est précomptée par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations.

Pour les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, la contribution portant sur les revenus mentionnés à l'article L. 136-3 est recouvrée, conformément aux dispositions prévues à l'article L. 133-6-4, en même temps que les cotisations d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et selon les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général.

Les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale sont habilitées à faire tout contrôle sur le versement de la contribution dans les conditions fixées au chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale dans sa rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

II. La contribution due sur les revenus des personnes assujetties au régime de la sécurité sociale des salariés des professions agricoles est directement recouvrée et contrôlée par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au régime de la sécurité sociale des salariés des professions agricoles.

La contribution due sur les revenus des personnes assujetties au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles ainsi que la contribution due sur les revenus des personnes redevables de la cotisation de solidarité visée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime sont directement recouvrées et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables, respectivement, au recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité et invalidité dues au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles et au recouvrement de la cotisation de solidarité mentionnée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime.

II bis.-La contribution due sur les revenus de source étrangère, sous réserve s'agissant des revenus d'activité qu'elle n'ait pas fait l'objet d'un précompte par l'employeur, est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6.

III.-La contribution due sur les pensions d'invalidité et sur les indemnités journalières ou allocations visées au 7° du II de l'article L. 136-2 est précomptée par l'organisme débiteur de ces prestations et

versée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues aux articles L. 243-2 et L. 612-9 du présent code et à l'article 1031 du code rural. La contribution due sur les allocations ou pensions de retraite mentionnées à l'article L. 612-4 et servies par les régimes de base et les régimes complémentaires est précomptée lors de leur versement par l'organisme débiteur de ces prestations ; elle est versée à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 612-9. La contribution due sur les allocations ou pensions de retraite mentionnées au II de l'article 1106-6-1 du code rural est précomptée lors de leur versement par l'organisme débiteur de ces prestations. La contribution sociale généralisée due sur les indemnités de congés payés et sur les avantages conventionnels y afférents, servis par les caisses de congés payés en application des dispositions de l'article L. 223-16 du code du travail, est précomptée par les caisses de congés payés, responsables du versement de l'ensemble des charges assises sur ces indemnités et avantages sous réserve d'exceptions prévues par arrêté.

IV.-La contribution sociale entre dans les obligations financières incombant aux employeurs, ou personnes qui y sont substituées en droit, en vertu des articles L. 124-8 et L. 763-9 du code du travail.

V.-Les règles édictées ci-dessus donnent lieu à application :

1° Des dispositions de l'article L. 133-3 et des chapitres III et IV du titre IV du livre II dans leur rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale ;

2° Des dispositions de l'article L. 652-3 pour ce qui concerne le recouvrement, par les organismes visés à l'article L. 213-1, de la contribution prévue à l'article L. 136-3 et, par les caisses de mutualité sociale agricole, de la contribution prévue à l'article L. 136-4 ;

3° Des dispositions des articles 1034, 1035 et 1036 du chapitre V du titre II du livre VII du code rural et du décret n° 79-707 du 8 août 1979 dans sa rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

Les différends nés de l'assujettissement à la contribution des revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 relèvent du contentieux de la sécurité sociale et sont réglés selon les dispositions applicables aux cotisations de sécurité sociale, conformément aux dispositions du chapitre III du titre III et des chapitres II, III et IV du titre IV du livre Ier dans leur rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Toutefois, les décisions rendues par les tribunaux de sécurité sociale jugeant des différends portant sur la contribution sociale sur les revenus d'activité et de remplacement sont susceptibles d'appel quel que soit le montant du litige.

Section 2 : De la contribution sociale sur les revenus du patrimoine.

Article L136-6

I.-Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts sont assujetties à une contribution sur les revenus du patrimoine assise sur le montant net retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des articles L. 136-3, L. 136-4 et L. 136-7 :

- a) Des revenus fonciers ;
- b) Des rentes viagères constituées à titre onéreux ;

c) Des revenus de capitaux mobiliers ;

d) (Abrogé)

e) Des plus-values, gains en capital et profits réalisés sur les marchés à terme d'instruments financiers et de marchandises, ainsi que sur les marchés d'options négociables, soumis à l'impôt sur le revenu à un taux proportionnel, de même que des distributions définies aux 7 et 8 du II de l'article 150-0 A du code général des impôts, des avantages définis aux 6 et 6 bis de l'article 200 A du même code et du gain défini à l'article 150 duodecimes du même code ;

e bis) Des plus-values et des créances mentionnées au I et au II de l'article 167 bis du code général des impôts ;

e ter) Les gains nets placés en report d'imposition en application des I et II de l'article 150-0 D bis du code général des impôts ;

f) De tous revenus qui entrent dans la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux, des bénéficiaires non commerciaux ou des bénéficiaires agricoles au sens du code général des impôts, à l'exception de ceux qui sont assujettis à la contribution sur les revenus d'activité et de remplacement définie aux articles L. 136-1 à L. 136-5.

Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est pas fait application des abattements mentionnés au I de l'article 125-0 A, à l'article 150-0 D ter et aux 2° et 5° du 3 de l'article 158 du code général des impôts, ainsi que, pour les revenus de capitaux mobiliers, des dépenses effectuées en vue de l'acquisition et de la conservation du revenu.

Il n'est pas fait application à la contribution du dégrèvement ou de la restitution prévus à l'expiration d'un délai de huit ans au 2 du VII de l'article 167 bis du code général des impôts et du dégrèvement prévu au premier alinéa du 4 du VIII du même article.

Sont également soumis à cette contribution :

1° (Abrogé)

2° Les gains nets exonérés en application du 3 du I de l'article 150-0 A du même code ainsi que les plus-values exonérées en application du 3 du I et du 7 du III du même article ;

3° Les plus-values à long terme exonérées en application de l'article 151 septies A du même code ;

4° Les revenus, produits et gains exonérés en application du II de l'article 155 B du même code.

II.-Sont également assujettis à la contribution, dans les conditions et selon les modalités prévues au I ci-dessus :

a) Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application des articles 168, 1649 A, 1649 AA, 1649 quater A et 1649 quater-0 B bis à 1649 quater-0 B ter, du code général des impôts, ainsi que de l'article L. 69 du livre des procédures fiscales ;

a bis) Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application du 1° de l'article L. 66 du livre des procédures fiscales et qui ne sont pas assujetties à la contribution en vertu d'une autre disposition ;

b) Tous autres revenus dont l'imposition est attribuée à la France par une convention internationale relative aux doubles impositions et qui n'ont pas supporté la contribution prévue à l'article L. 136-1.

II. bis. (Abrogé)

III.-La contribution portant sur les revenus mentionnés aux I et II ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu. Le produit annuel de cette contribution résultant de la mise en recouvrement du rôle primitif est versé le 25 novembre au plus tard aux organismes affectataires.

Les dispositions de l'article L. 80 du livre des procédures fiscales sont applicables.

Il n'est pas procédé au recouvrement de la contribution lorsque le montant total par article de rôle est inférieur à 61 euros.

La majoration de 10 % prévue à l'article 1730 du code général des impôts est appliquée au montant de la contribution qui n'a pas été réglé dans les trente jours suivant la mise en recouvrement.

IV.-Par dérogation aux dispositions du III, la contribution portant sur les redevances visées aux articles L. 7121-8 et L. 7123-6 du code du travail et versées aux artistes du spectacle et aux mannequins est précomptée, recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale.

Section 3 : De la contribution sociale sur les produits de placement

Article L136-7

I.-Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les produits de placements sur lesquels est opéré le prélèvement prévu à l'article 125 A du code général des impôts, ainsi que les produits de même nature retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu lorsque la personne qui en assure le paiement est établie en France, sont assujettis à une contribution à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre de l'article L. 136-3 ou des 3° et 4° du II du présent article.

Sont également assujettis à cette contribution :

1° Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les revenus sur lesquels est opéré le prélèvement prévu à l'article 117 quater du même code, ainsi que les revenus de même nature dont le paiement est assuré par une personne établie en France et retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre de l'article L. 136-3 du présent code. Le présent 1° ne s'applique pas aux revenus perçus dans un plan d'épargne en actions défini au 5° du II du présent article ;

2° Les plus-values mentionnées aux articles 150 U à 150 UC du code général des impôts.

II.-Sont également assujettis à la contribution selon les modalités prévues au premier alinéa du I, pour la part acquise à compter du 1er janvier 1997 et, le cas échéant, constatée à compter de cette même date en ce qui concerne les placements visés du 3° au 9° ;

1° Les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne logement visés à l'article L. 315-1 du code de la construction et de l'habitation, à l'exception des plans d'épargne-logement, respectivement lors de leur inscription en compte et de leur versement ;

2° Les intérêts des plans d'épargne-logement, exonérés d'impôt sur le revenu en application du 9° bis de l'article 157 du code général des impôts :

a) A la date du dixième anniversaire du plan pour les plans ouverts du 1er avril 1992 au 28 février 2011 ou, pour ceux ouverts avant le 1er avril 1992, à leur date d'échéance ;

b) Lors du dénouement du plan, pour les plans ouverts du 1er avril 1992 au 28 février 2011, si ce dénouement intervient antérieurement au dixième anniversaire ou antérieurement à leur date d'échéance pour ceux ouverts avant le 1er avril 1992 ;

c) Lors de leur inscription en compte, pour les intérêts courus sur des plans de plus de dix ans ouverts avant le 1er mars 2011 et sur les plans ouverts à compter de cette même date ;

2° bis Les primes d'épargne des plans d'épargne-logement lors de leur versement ;

3° Les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation, ainsi qu'aux placements de même nature mentionnés à l'article 125-0 A du code général des impôts, quelle que soit leur date de souscription, à l'exception des produits attachés aux contrats mentionnés à l'article 199 septies du même code : a) Lors de leur inscription au bon ou contrat pour :

les bons ou contrats dont les droits sont exprimés en euros ou en devises ;

la part des produits attachés aux droits exprimés en euros ou en devises dans les bons ou contrats en unités de compte mentionnées au second alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances ;

b) Lors du dénouement des bons ou contrats ou lors du décès de l'assuré. L'assiette de la contribution est calculée déduction faite des produits ayant déjà supporté la contribution au titre du a nets de cette contribution.

En cas de rachat partiel d'un bon ou contrat en unités de compte qui a été soumis à la contribution au titre du a, l'assiette de la contribution due au titre du rachat est égale au produit de l'assiette définie au premier alinéa du présent b par le rapport existant entre les primes comprises dans ledit rachat partiel et le montant total des primes versées net des primes comprises, le cas échéant, dans un rachat partiel antérieur.

4° Les produits des plans d'épargne populaire, ainsi que les rentes viagères et les primes d'épargne visés au premier alinéa du 22° de l'article 157 du code général des impôts, respectivement lors de leur inscription en compte et de leur versement ;

5° Le gain net réalisé ou la rente viagère versée lors d'un retrait de sommes ou valeurs ou de la clôture d'un plan d'épargne en actions défini à l'article 163 quinquies D du code général des impôts dans les conditions ci-après :

a) En cas de retrait ou de rachat entraînant la clôture du plan, le gain net est déterminé par différence entre, d'une part, la valeur liquidative du plan ou la valeur de rachat pour les contrats de capitalisation à la date du retrait ou du rachat et, d'autre part, la valeur liquidative ou de rachat au 1er janvier 1997 majorée des versements effectués depuis cette date et diminuée du montant des sommes déjà retenues à ce titre lors des précédents retraits ou rachats ;

b) En cas de retrait ou de rachat n'entraînant pas la clôture du plan, le gain net afférent à chaque retrait ou rachat est déterminé par différence entre, d'une part, le montant du retrait ou rachat et, d'autre part, une fraction de la valeur liquidative ou de rachat au 1er janvier 1997 augmentée des versements effectués sur le plan depuis cette date et diminuée du montant des sommes déjà retenues à ce titre lors des précédents retraits ou rachats ; cette fraction est égale au rapport du montant du retrait ou rachat effectué à la valeur liquidative totale du plan à la date du retrait ou du rachat ;

La valeur liquidative ou de rachat ne tient pas compte des gains nets et produits de placement mentionnés au 8° afférents aux parts des fonds communs de placement à risques et aux actions des sociétés de capital-risque détenues dans le plan.

6° Lorsque les intéressés demandent la délivrance des droits constitués à leur profit au titre de la participation aux résultats de l'entreprise en application du chapitre II du titre IV du livre IV du code du travail, le revenu constitué par la différence entre le montant de ces droits et le montant des sommes résultant de la répartition de la réserve spéciale de participation dans les conditions prévues à l'article L. 442-4 du même code ;

7° Lorsque les intéressés demandent la délivrance des sommes ou valeurs provenant d'un plan d'épargne entreprise au sens du chapitre III du titre IV du livre IV du code du travail (1), le revenu constitué par la différence entre le montant de ces sommes ou valeurs et le montant des sommes versées dans le plan augmentées, le cas échéant, des sommes attribuées au titre de la réserve spéciale de la participation des salariés aux résultats de l'entreprise et des sommes versées dans le ou les précédents plans, à concurrence du montant des sommes transférées dans les conditions prévues aux articles L. 442-5 et L. 443-2 du code du travail, l'opération de transfert ne constituant pas une délivrance des sommes concernées ;

8° Les répartitions de sommes ou valeurs effectuées par un fonds commun de placement à risques dans les conditions prévues aux I et II ou aux I et III bis de l'article 163 quinquies B du code général des impôts, les distributions effectuées par les sociétés de capital-risque dans les conditions prévues aux deuxième à cinquième alinéas du I et au 2 du II de l'article 163 quinquies C du même code et celles effectuées par les sociétés unipersonnelles d'investissement à risque dans les conditions prévues à l'article 163 quinquies C bis du même code, lors de leur versement, ainsi que les gains nets mentionnés aux 1 et 1 bis du III de l'article 150-0 A du même code ;

8° bis Les revenus, produits et gains non pris en compte pour le calcul du prélèvement forfaitaire libératoire prévu aux articles 117 quater et 125 A du code général des impôts, en application du II de l'article 155 B du même code, lors de leur perception ;

9° Les gains nets et les produits des placements en valeurs mobilières effectués en vertu d'un engagement d'épargne à long terme respectivement visés aux 5 du III de l'article 150-0 A et 16° de l'article 157 du code général des impôts, lors de l'expiration du contrat ;

10° Les intérêts des comptes épargne d'assurance pour la forêt exonérés d'impôt sur le revenu en application du 23° de l'article 157 du code général des impôts, lors de leur inscription en compte.

III.-1. Lorsqu'un plan d'épargne-logement est résilié dans les deux ans à compter de son ouverture ou transformé en compte épargne-logement à la demande de son titulaire, la contribution calculée dans les conditions du c du 2° du II est restituée à hauteur du montant qui excède celui de la contribution due sur les intérêts recalculés, en appliquant à l'ensemble des dépôts du plan concerné le taux de rémunération du compte épargne-logement en vigueur à la date de sa résiliation ou de sa transformation.

2. L'établissement payeur reverse au titulaire du plan l'excédent de la contribution déterminé dans les conditions du 1, à charge pour cet établissement d'en demander la restitution.

La restitution s'effectue par voie d'imputation sur la contribution due par l'établissement payeur à raison des autres produits de placements. A défaut d'une base d'imputation suffisante, l'excédent de contribution non imputé est reporté ou remboursé.

III bis. # 1. Lorsque, au dénouement d'un bon ou contrat mentionné au 3° du II ou lors du décès de

l'assuré, le montant de la contribution acquittée dans les conditions du a du même 3° est supérieur au montant de celle calculée sur l'ensemble des produits attachés au bon ou contrat, l'excédent est reversé au contrat.

En cas de rachat partiel, cet excédent n'est reversé qu'à proportion du rapport existant entre les primes comprises dans ce rachat et le montant total des primes versées net des primes comprises, le cas échéant, dans un rachat partiel antérieur.

2.L'établissement payeur reverse au contrat l'excédent de la contribution déterminé dans les conditions du 1 lors du dénouement du bon ou du contrat ou du décès de l'assuré, à charge pour cet établissement d'en demander la restitution.

La restitution s'effectue par voie d'imputation sur la contribution due par l'établissement payeur à raison des autres produits de placements. A défaut d'une base d'imputation suffisante, l'excédent de contribution non imputé est reporté ou remboursé.

IV.-1. La contribution sociale généralisée due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier sur les revenus de placement mentionnés au présent article, à l'exception de celle due sur les revenus et plus-values mentionnés aux 1° et 2° du I, fait l'objet d'un versement déterminé sur la base du montant des revenus de placement soumis l'année précédente à la contribution sociale généralisée au titre des mois de décembre et janvier.

Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son paiement doit intervenir le 25 septembre pour 80 % de son montant et le 25 novembre au plus tard pour les 20 % restants. Il est reversé dans un délai de dix jours francs après ces dates par l'Etat aux organismes affectataires.

2. Lorsque l'établissement payeur estime que le versement dû en application du 1 est supérieur à la contribution dont il sera redevable au titre des mois de décembre et janvier, il peut réduire ce versement à concurrence de l'excédent estimé.

3. Lors du dépôt en janvier et février des déclarations, l'établissement payeur procède à la liquidation de la contribution. Lorsque le versement effectué en application des 1 et 2 est supérieur à la contribution réellement due, le surplus est imputé sur la contribution sociale généralisée due à raison des autres produits de placement et, le cas échéant, sur les autres prélèvements ; l'excédent éventuel est restitué.

4. Lorsque la contribution sociale généralisée réellement due au titre des mois de décembre et janvier est supérieure au versement réduit par l'établissement payeur en application du 2, la majoration prévue au 1 de l'article 1731 du code général des impôts s'applique à cette différence. L'assiette de cette majoration est toutefois limitée à la différence entre le montant du versement calculé dans les conditions du 1 et celui réduit dans les conditions du 2.

V.-La contribution visée au premier alinéa du I et aux II et IV ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 125 A du code général des impôts.

La contribution visée au 1° du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 117 quater du code général des impôts.

VI.-La contribution portant sur les plus-values mentionnées au 2° du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu.

Section 4 : De la contribution sociale sur les sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion des jeux

Article L136-7-1

I. - Il est institué une contribution sur une fraction des sommes mises, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, sur les jeux exploités par La Française des jeux pour les tirages et les émissions. Cette fraction est égale à 25,5 % des sommes mises.

Cette contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement prévu au I de l'article 48 de la loi de finances pour 1994 (n° 93-1352 du 30 décembre 1993).

II (supprimé)

III. - Il est institué une contribution sur le produit brut de certains jeux réalisé dans les casinos régis par la loi du 15 juin 1907 relative aux casinos (1).

Cette contribution est, d'une part, de 9,5 % sur une fraction égale à 68 % du produit brut des jeux automatiques des casinos et, d'autre part, de 12 % prélevés sur tous les gains d'un montant supérieur ou égal à 1 500 euros, réglés aux joueurs par des bons de paiement manuels définis à l'article 69-20 de l'arrêté du 23 décembre 1959 portant réglementation des jeux dans les casinos.

Cette contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement prévu à l'article 50 de la loi de finances pour 1991 (n° 90-1168 du 29 décembre 1990).

Section 5 : Dispositions communes

Article L136-8

I. - Le taux des contributions sociales est fixé :

1° A 7,5 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;

2° A 8,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;

3° A 6,9 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1.

II. - Par dérogation au I :

1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités et allocations mentionnées au 7° du II de l'article L. 136-2 ;

2° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité.

III. - Par dérogation au I et au II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus visés aux 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, perçus par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est inférieure au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts et dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article.

IV. - Le produit des contributions mentionnées au I est versé :

1° A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,82 % et, par dérogation, de 0,8 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % ;

2° Au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 0,85 % et, par dérogation, de 0,83 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % ;

3° A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie visée à l'article 8 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, pour la part correspondant à un taux de 0,1 % ;

4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code, pour la part correspondant à un taux :

a) Sous réserve des dispositions du g, de 5,25 % pour les contributions mentionnées au 1° du I ;

b) De 4,85 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ; c) De 5,95 % pour les contributions mentionnées au 2° du I ;

d) De 3,95 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ;

e) De 4,35 % pour les revenus mentionnés au 2° du II ;

f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III ;

g) De 5,29 % pour les revenus mentionnés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 %.

5° A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,48 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I pour laquelle le taux est fixé à 0,28 %.

V. - Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :

1° A la Caisse nationale des allocations familiales, pour 18 % ;

2° Au fonds de solidarité vieillesse, pour 14 % ;

3° A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour 2 % ;

4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1, pour 66 %.

Chapitre 7 : Recettes diverses

Section 1 : Dispositions communes.

Article L137-3

Les contributions mentionnées au présent chapitre, sauf dispositions expresses contraires, sont recouvrées et contrôlées par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations à la charge des employeurs assises sur les gains et rémunérations de leurs salariés. Sont applicables les dispositions de l'article L. 133-3 et des chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II dans leur rédaction en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

Les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale sont habilitées à effectuer tout contrôle sur le versement de ces contributions dans les conditions fixées au chapitre 3 du titre IV du livre II dans sa rédaction en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

Toutefois, les contributions à la charge des employeurs relevant du régime agricole sont directement recouvrées et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole, dans les conditions prévues par les articles 1032 à 1036, 1143 à 1143-6 et 1246 du livre VII du code rural, ainsi que par les décrets n° 50-1225 du 21 septembre 1950, n° 76-1282 du 29 décembre 1976, n° 79-707 du 8 août 1979 et n° 80-480 du 27 juin 1980, dans leur rédaction en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

Article L137-4

Les différends nés de l'assujettissement aux contributions mentionnées au présent chapitre relèvent, sauf dispositions expresses contraires, du contentieux général de la sécurité sociale et sont réglés selon les dispositions applicables aux cotisations de sécurité sociale, conformément aux dispositions du chapitre 3 du titre III et des chapitres 2 et 4 du titre IV du livre Ier du présent code et, en outre, du chapitre 5 du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime pour le régime agricole, dans leur rédaction en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Toutefois, les décisions rendues par les tribunaux de sécurité sociale jugeant de ces différends sont susceptibles d'appel quel que soit le montant du litige.

Section 2 : Contribution sur les abondements des employeurs aux plans d'épargne pour la retraite collectifs

Article L137-5

1. Il est institué à la charge des employeurs et au profit du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 une contribution sur la fraction de l'abondement de l'employeur au plan d'épargne pour la retraite collectif défini à l'article L. 443-1-2 du code du travail, qui excède, annuellement pour chaque salarié ou personne mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 443-1 du code du travail, la somme de 2 300 euros majorée, le cas échéant, dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 443-7 du même code.

2. Le taux de cette contribution est fixé à 8,2 %.

Section 3 : Contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur.

Article L137-6

Une contribution est due par toute personne physique ou morale qui est soumise à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances.

Le taux de la contribution est fixé à 15 % du montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation afférentes à l'assurance obligatoire susmentionnée.

Article L137-7

La contribution est perçue par les entreprises d'assurance, dans les mêmes conditions et en même temps que ces primes.

Les entreprises d'assurance versent le produit de la contribution au plus tard le 15 du deuxième mois suivant le dernier jour de chaque bimestre. Ce produit correspond au montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises au cours de chaque bimestre, déduction faite des annulations et remboursements constatés durant la même période et après déduction du prélèvement destiné à compenser les frais de gestion dont le taux est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.

La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L137-9

Un décret en Conseil d'Etat fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente section.

Section 4 : Contribution sur les avantages de préretraite d'entreprise.

Article L137-10

I.-Il est institué, à la charge des employeurs et au profit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, une contribution sur les avantages de préretraite ou de cessation anticipée d'activité versés, sous quelque forme que ce soit, à d'anciens salariés directement par l'employeur, ou pour son compte, par l'intermédiaire d'un tiers, en vertu d'une convention, d'un accord collectif, de toute autre stipulation contractuelle ou d'une décision unilatérale de l'employeur.

II.-Le taux de cette contribution est fixé à 50 %.

III. (Abrogé)

IV.-Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux contributions des employeurs mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail, ni aux allocations et contributions des employeurs mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 352-3 du même code.

Section 5 : Contributions sur les régimes de retraite conditionnant la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise.

Article L137-11

I. - Dans le cadre des régimes de retraite à prestations définies gérés soit par l'un des organismes visés au a du 2° du présent I, soit par une entreprise, conditionnant la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise et dont le financement par l'employeur n'est pas individualisable par salarié, il est institué une contribution assise, sur option de l'employeur :

1° Soit sur les rentes liquidées à compter du 1er janvier 2001 ; la contribution, dont le taux est fixé à 16 %, est à la charge de l'employeur, versée par l'organisme payeur et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 due sur ces rentes ;

2° Soit :

a) Sur les primes versées à un organisme régi par le titre III ou le titre IV du livre IX du présent code, le livre II du code de la mutualité ou le code des assurances, destinées au financement des

régimes visés au présent I ;

b) Ou sur la partie de la dotation aux provisions, ou du montant mentionné en annexe au bilan, correspondant au coût des services rendus au cours de l'exercice ; lorsque ces éléments donnent ensuite lieu au versement de primes visées au a, ces dernières ne sont pas assujetties.

Les contributions dues au titre des a et b du 2°, dont les taux sont respectivement fixés à 12 % et à 24 %, sont à la charge de l'employeur.

II. - L'option de l'employeur visée au I est effectuée de manière irrévocable pour chaque régime. Pour les régimes existant à la date de publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, l'option est exercée avant le 31 décembre 2003. Pour les régimes existant à la date de publication de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 qui ont opté préalablement pour l'assiette mentionnée au 1° du I du présent article, l'option peut être exercée à nouveau entre le 1er janvier 2011 et le 31 décembre 2011. L'employeur qui exerce cette option est redevable d'un montant équivalent à la différence, si elle est positive, entre, d'une part, la somme des contributions qui auraient été acquittées depuis le 1er janvier 2004 ou la date de création du régime si elle est postérieure s'il avait choisi l'assiette définie au 2° du même I dans les conditions prévues au présent II et, d'autre part, la somme des contributions effectivement versées depuis cette date. L'employeur acquitte cette somme au plus tard concomitamment au versement de la contribution due sur les sommes mentionnées au 2° dudit I de l'exercice 2011 ou de manière fractionnée, sur quatre années au plus, selon des modalités définies par arrêté. Pour les régimes créés ultérieurement, l'option est exercée lors de la mise en place du régime. Si l'option n'est pas exercée aux dates prévues, les dispositions des 1° et 2° du I s'appliquent.

II bis. - S'ajoute à la contribution prévue au I, indépendamment de l'option exercée par l'employeur visée au même alinéa, une contribution additionnelle de 30 %, à la charge de l'employeur, sur les rentes excédant huit fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3.

III. - (Abrogé)

IV. - Les contributions des employeurs destinées au financement des régimes de retraite visés au I ne sont soumises ni aux cotisations et taxes dont l'assiette est définie à l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ni aux contributions instituées à l'article L. 136-1 et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

V. - Les régimes de retraite à prestations définies, mentionnés au I, créés à compter du 1er janvier 2010 sont gérés exclusivement par l'un des organismes régis par le titre III du livre IX du présent code, le livre II du code de la mutualité ou le code des assurances.

Article L137-11-1

Les rentes versées dans le cadre des régimes mentionnés au I de l'article L. 137-11 sont soumises à une contribution à la charge du bénéficiaire.

Les rentes versées au titre des retraites liquidées avant le 1er janvier 2011 sont soumises à une contribution sur la part qui excède 500 € par mois. Le taux de cette contribution est fixé à :

- 7 % pour la part de ces rentes supérieure à 500 € et inférieure ou égale à 1 000 € par mois ;
- 14 % pour la part de ces rentes supérieure à 1 000 € et inférieure ou égale à 24 000 € par mois ;
- 21 % pour la part de ces rentes supérieure à 24 000 € par mois.

Les rentes versées au titre des retraites liquidées à compter du 1er janvier 2011 sont soumises à une contribution sur la part qui excède 400 € par mois. Le taux de cette contribution est fixé à :

- 7 % pour la part de ces rentes supérieure à 400 € et inférieure ou égale à 600 € par mois ;
- 14 % pour la part de ces rentes supérieure à 600 € et inférieure ou égale à 24 000 € par mois ;
- 21 % pour la part de ces rentes supérieure à 24 000 € par mois.

Ces valeurs sont revalorisées chaque année en fonction de l'évolution du plafond défini à l'article L. 241-3 et arrondies selon les règles définies à l'article L. 130-1. La contribution est précomptée et versée par les organismes débiteurs des rentes et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 due sur ces rentes.

Section 6 : Contribution sur les indemnités de mise à la retraite.

Article L137-12

Il est institué, à la charge de l'employeur et au profit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, une contribution sur les indemnités versées en cas de mise à la retraite d'un salarié à l'initiative de l'employeur.

Le taux de cette contribution est fixé à 50 % ; toutefois, ce taux est limité à 25 % sur les indemnités versées du 11 octobre 2007 au 31 décembre 2008.

Section 7 : Contribution patronale sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites.

Article L137-13

I. # Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires, une contribution due par les employeurs :

sur les options consenties dans les conditions prévues aux articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce ;

sur les actions attribuées dans les conditions prévues aux articles L. 225-197-1 à L. 225-197-5 du

même code.

En cas d'options de souscription ou d'achat d'actions, cette contribution s'applique, au choix de l'employeur, sur une assiette égale soit à la juste valeur des options telle qu'elle est estimée pour l'établissement des comptes consolidés pour les sociétés appliquant les normes comptables internationales adoptées par le règlement (CE) n° 1606 / 2002 du Parlement européen et du Conseil du 19 juillet 2002 sur l'application des normes comptables internationales, soit à 25 % de la valeur des actions sur lesquelles portent ces options, à la date de décision d'attribution. Ce choix est exercé par l'employeur pour la durée de l'exercice pour l'ensemble des options de souscription ou d'achat d'actions qu'il attribue ; il est irrévocable durant cette période.

En cas d'attribution gratuite d'actions, cette contribution s'applique, au choix de l'employeur, sur une assiette égale soit à la juste valeur des actions telle qu'elle est estimée pour l'établissement des comptes consolidés pour les sociétés appliquant les normes comptables internationales adoptées par le règlement (CE) n° 1606 / 2002 du Parlement européen et du Conseil du 19 juillet 2002 précité, soit à la valeur des actions à la date de la décision d'attribution par le conseil d'administration ou le directoire. Ce choix est exercé par l'employeur pour la durée de l'exercice pour l'ensemble des attributions gratuites d'actions ; il est irrévocable durant cette période.

II. # Le taux de cette contribution est fixé à 14 %. Toutefois, ce taux est fixé à 10 % sur les attributions d'actions mentionnées au I dont la valeur annuelle par salarié est inférieure à la moitié du plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3. Elle est exigible le mois suivant la date de la décision d'attribution des options ou des actions visées au I.

III. # Ces dispositions sont également applicables lorsque l'option est consentie ou l'attribution est effectuée, dans les mêmes conditions, par une société dont le siège est situé à l'étranger et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle le bénéficiaire exerce son activité.

Section 8 : Contribution salariale sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites.

Article L137-14

Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires, une contribution salariale de 8 % assise sur le montant des avantages définis aux 6 et 6 bis de l'article 200 A du code général des impôts. Toutefois, le taux de cette contribution est fixé à 2,5 % sur le montant des avantages définis au même 6 bis dont la valeur est inférieure à la moitié du plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 du présent code.

Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6 du présent code.

Section 9 : Forfait social.

Article L137-15

Les rémunérations ou gains assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale définie au premier alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et au deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur, à l'exception :

1° De ceux assujettis à la contribution prévue à l'article L. 137-13 du présent code ;

2° (Abrogé)

3° Des indemnités exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et du troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;

4° De l'avantage prévu à l'article L. 411-9 du code du tourisme.

Sont également soumises à cette contribution les sommes entrant dans l'assiette définie au premier alinéa du présent article versées aux personnes mentionnées à l'article L. 3312-3 du code du travail.

Sont également soumises à cette contribution les rémunérations visées aux articles L. 225-44 et L. 225-85 du code de commerce perçues par les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme.

Sont également soumises à cette contribution les sommes correspondant à la prise en charge par l'employeur de la part salariale des cotisations ou contributions destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 242-1.

Par dérogation au premier alinéa, ne sont pas assujettis à cette contribution les employeurs de moins de dix salariés au titre des contributions versées au bénéfice des salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance.

Article L137-16

Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 8 %.

Le produit de cette contribution est versé :

1° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour la part correspondant à un taux de 5 % ;

2° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 3 %, dont une part correspondant à un taux de 0,5 % à la section du fonds de solidarité vieillesse mentionnée à l'article L. 135-3-1.

Section 10 : Contribution salariale sur les distributions et gains nets afférents à des parts de fonds communs de placement à risques, des actions de sociétés de capital-risque ou des droits représentatifs d'un placement financier dans une entité mentionnée au dernier alinéa du 8

du II de l'article 150-0 A du code général des impôts

Article L137-18

Il est institué une contribution sociale libératoire au taux de 30 % assise sur les distributions et gains nets mentionnés à l'article 80 quinquies du code général des impôts qui, en application du même article, sont imposables à l'impôt sur le revenu au nom des salariés et dirigeants bénéficiaires selon les règles applicables aux traitements et salaires. Elle est mise à la charge de ces salariés et dirigeants et affectée aux régimes obligatoires d'assurance maladie dont ils relèvent.

Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6.

Section 11 : Prélèvements sur les jeux, concours et paris

Article L137-19

Il est institué, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un prélèvement sur le produit des appels à des numéros surtaxés effectués dans le cadre des programmes télévisés et radiodiffusés comportant des jeux et concours.

Le prélèvement est assis sur le montant des appels effectués au moyen de numéros audiotels ou de messages écrits adressés, net des coûts de l'opérateur de téléphonie et des remboursements de la participation aux jeux et concours, et diminué de la valeur des gains distribués aux spectateurs, aux auditeurs et aux candidats.

Le prélèvement est acquitté par l'organisateur du jeu ou du concours.

Le taux du prélèvement est fixé à 9,5 %.

Ce prélèvement est recouvré et contrôlé selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties, sûretés et privilèges que les taxes sur le chiffre d'affaires. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à ces mêmes taxes.

Article L137-20

Il est institué, pour le pari mutuel organisé et exploité par les sociétés de courses dans les conditions fixées par l'article 5 de la loi du 2 juin 1891 ayant pour objet de réglementer l'autorisation et le fonctionnement des courses de chevaux et pour les paris hippiques en ligne mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne, un prélèvement de 1,8 % sur les sommes engagées par les parieurs.

Ce prélèvement est dû par le Pari mutuel urbain ou les sociétés de courses intéressées pour les paris organisés dans les conditions fixées par l'article 5 de la loi du 2 juin 1891 précitée et par les personnes devant être soumises, en tant qu'opérateur de paris hippiques en ligne, à l'agrément mentionné à l'article 21 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 précitée.

Article L137-21

Il est institué, pour les paris sportifs organisés et exploités dans les conditions fixées par l'article 42 de la loi de finances pour 1985 (n° 84-1208 du 29 décembre 1984) et pour les paris sportifs en ligne organisés et exploités dans les conditions fixées à l'article 12 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 précitée, un prélèvement de 1,8 % sur les sommes engagées par les parieurs.

Ce prélèvement est dû par la personne morale chargée de l'exploitation des paris sportifs dans les conditions fixées par l'article 42 de la loi de finances pour 1985 précitée et par les personnes devant être soumises, en tant qu'opérateur de paris sportifs en ligne, à l'agrément mentionné à l'article 21 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 précitée.

Article L137-22

Il est institué, pour les jeux de cercle en ligne organisés et exploités dans les conditions fixées par l'article 14 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 précitée, un prélèvement de 0,2 % sur les sommes engagées par les joueurs.

Ce prélèvement est dû par les personnes devant être soumises, en tant qu'opérateur de jeux de cercle en ligne, à l'agrément mentionné à l'article 21 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 précitée.

Article L137-23

Les prélèvements mentionnés aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 sont assis sur le montant brut des sommes engagées par les joueurs et parieurs. Les gains réinvestis par ces derniers sous forme de nouvelles mises sont également assujettis à ces prélèvements.

S'agissant des jeux de cercle organisés sous forme de tournoi et donnant lieu au paiement, par chaque joueur, d'un droit d'entrée représentatif d'une somme déterminée que celui-ci engagera au jeu, le prélèvement mentionné à l'article L. 137-22 est assis sur le montant de ce droit d'entrée et, le cas échéant, sur le ou les droits d'entrée ultérieurement acquittés par le joueur afin de continuer à jouer.

S'agissant des autres jeux de cercle, le prélèvement mentionné à l'article L. 137-22 est plafonné à 0,1 € par donne.

Article L137-24

Le produit des prélèvements prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 est affecté à concurrence de 5 % et dans la limite du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé mentionné à l'article L. 1417-1 du code de la santé publique.

Afin de permettre notamment la prise en charge des joueurs pathologiques, le surplus du produit de ces prélèvements est affecté aux régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code.

Article L137-25

Dans le cas d'un jeu ou d'un pari en ligne, le prélèvement est dû au titre des sommes engagées dans le cadre d'une session de jeu ou de pari réalisée au moyen d'un compte joueur ouvert sur un site dédié tel que défini à l'article 24 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 précitée.

Article L137-26

Le produit des prélèvements mentionnés aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 est déclaré et liquidé par les opérateurs de jeux ou de paris en ligne mentionnés au second alinéa de ces mêmes articles sur une déclaration mensuelle dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale. Elle est déposée, accompagnée du paiement, dans les délais fixés en matière de taxe sur le chiffre d'affaires.

Ces prélèvements sont recouverts et contrôlés selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties, sûretés et privilèges que les taxes sur le chiffre d'affaires. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à ces mêmes taxes.

Chapitre 8 : Contributions à la charge des entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique

Section 1 : Contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique

Article L138-1

Une contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 est due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique lorsqu'elles vendent en gros des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros.

Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est tenu compte que de la partie du prix de vente hors taxes aux officines inférieure à un montant de 150 euros augmenté de la marge

maximum que les entreprises visées à l'alinéa précédent sont autorisées à percevoir sur cette somme en application de l'arrêté prévu à l'article L. 162-38.

Article L138-2

La contribution due par chaque entreprise est assise sur le montant du chiffre d'affaires hors taxes défini à l'article L. 138-1.

L'assiette de la contribution est composée de deux parts. Une première part est constituée par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile ; une seconde part est constituée par la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile et celui réalisé l'année civile précédente.

Le montant de la contribution est calculé en appliquant un taux de 1,9 % à la première part et un taux de 2,25 % à la seconde part. Si cette dernière est négative, le produit de la seconde part par le taux de 2,25 % s'impute sur le produit de la première part par le taux de 1,9 %. Néanmoins, le montant de la contribution ne peut excéder 2,7 % ni être inférieur à 1,4 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile.

Lorsqu'une entreprise est soumise pour la première fois à la contribution, elle n'est redevable la première année que de la première part. En ce qui concerne le calcul de la seconde part pour la deuxième année d'acquiescement de la contribution, et dans le cas où l'entreprise n'a pas eu d'activité commerciale tout au long de la première année civile, le chiffre d'affaires pris en compte au titre de la première année est calculé au prorata de la durée écoulée afin de couvrir une année civile dans son intégralité.

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

Article L138-4

La contribution est versée de manière provisionnelle le 1er septembre de chaque année, pour un montant correspondant à 80 % de la contribution due au titre de l'année civile précédente. Une régularisation annuelle intervient au 31 mars de l'année suivante, sur la base du chiffre d'affaires réalisé pendant l'année civile et déclaré le 15 février de l'année suivante.

Article L138-7

La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L138-8

Le produit de la contribution est réparti dans les conditions prévues à l'article L. 162-37.

Article L138-9

Les remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consentis par tout fournisseur des officines en spécialités pharmaceutiques remboursables ne peuvent excéder par année civile et par ligne de produits, pour chaque officine, 2,5 % du prix fabricant hors taxes de ces spécialités. Ce plafond est porté à 17 % pour les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et pour les spécialités inscrites au répertoire des groupes génériques en application de la dernière phrase du b du 5° du même article. Pour les spécialités non génériques soumises à un tarif forfaitaire de responsabilité, le plafond est égal à 17 % du prix fabricant hors taxes correspondant à ce tarif forfaitaire de responsabilité.

Les infractions aux dispositions prévues au présent article sont passibles des sanctions pénales applicables aux infractions mentionnées à l'article L. 162-38. Les dispositions du titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence sont applicables à ces mêmes infractions.

Toutefois, ce plafonnement ne s'applique pas pendant la durée de validité d'un accord de bonnes pratiques commerciales, agréé par le ministre chargé de la sécurité sociale, conclu entre les organisations représentatives des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et celles des pharmaciens d'officine.

Section 2 : Contributions à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique

Article L138-10

I.-Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

Ne sont pas pris en compte, pour la détermination de l'assiette de la contribution :

- le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par les entreprises mentionnées au premier alinéa ayant passé

convention avec le Comité économique des produits de santé dans les conditions définies au septième alinéa du présent I ;

- lorsqu'il n'excède pas 30 millions d'euros, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre de tout médicament orphelin au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, inscrit sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17.

Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K (*) et / ou égal à K + 0, 5 point	50 %
T supérieur à K + 0, 5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60 %
T supérieur à K + 1 point et plus	70 %

(*) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.

Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu, postérieurement au 1er janvier 1999, une convention avec le Comité économique des produits de santé en application de l'article L. 162-16-4, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention fixe les prix de l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 exploités par l'entreprise et comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires concerné ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L. 162-18 et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Pour l'assujettissement à la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

II.-Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des spécialités pharmaceutiques inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ces listes, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

Ne sont pas pris en compte, pour la détermination de l'assiette de la contribution :

- le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par les entreprises mentionnées au premier alinéa ayant passé convention avec le Comité économique des produits de santé dans les conditions définies au septième alinéa du présent II ;

- lorsqu'il n'excède pas 30 millions d'euros, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre de tout médicament orphelin au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 précité inscrit sur une des listes mentionnées au premier alinéa du présent II.

Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K (*) et / ou égal à K + 0, 5 point	50 %
T supérieur à K + 0, 5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60 %
T supérieur à K + 1 point et plus	70 %

(*) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.

Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu une convention avec le Comité économique des produits de santé, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires réalisé au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne le versement d'une remise et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Pour l'assujettissement à la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

III.-Les dispositions des articles L. 138-11 à L. 138-19 sont applicables séparément à chacune des contributions prévues aux I et II du présent article.

Article L138-11

Le montant global de la contribution tel que calculé en application de l'article L. 138-10 est ainsi réparti :

- a) A concurrence de 30 %, sur le chiffre d'affaires des entreprises redevables tel que défini à l'article L. 138-10 ;
- b) A concurrence de 40 %, sur la progression du chiffre d'affaires tel que défini à l'article L. 138-10, réalisé en France par les entreprises redevables au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, par rapport au chiffre d'affaires réalisé en France au titre des spécialités inscrites sur ladite liste par les mêmes entreprises, lorsque cette progression est supérieure au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel que défini à l'article L. 138-10 ;
- c) A concurrence de 30 % sur les charges mentionnées au I de l'article L. 245-2, après déduction, le cas échéant, des abattements prévus au II du même article, exposées par l'ensemble des entreprises redevables.

Les entreprises créées depuis moins de deux ans ne sont pas redevables de la part de la contribution mentionnée au b du présent article, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

Les règles d'exonération prévues par l'article L. 245-4 sont applicables au calcul de la part de la contribution prévue au c du présent article.

Article L138-12

La fraction de la part de la contribution prévue au a de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre son chiffre d'affaires, défini à l'article L. 138-10, et le montant total du chiffre d'affaires, défini à l'article L. 138-10, déclaré par l'ensemble des entreprises redevables, multiplié par le montant total de ladite part.

La fraction de la part de la contribution visée au b de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre la progression de son chiffre d'affaires et la somme des progressions de chiffres d'affaires supérieures au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, déclarées par l'ensemble des entreprises redevables, multiplié par le montant total de ladite part.

La fraction de la part de la contribution visée au c de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre le montant versé par l'entreprise en application de l'article L. 245-1 et le montant total de la contribution versée au même titre par l'ensemble des entreprises redevables de la contribution prévue à l'article L. 138-10 à l'échéance du 1er décembre de l'année au titre de laquelle la contribution visée à l'article L. 138-10 est due, multiplié par le montant total de ladite part.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les éléments nécessaires au calcul des parts de contribution susmentionnées.

Le montant de la contribution ne peut excéder, pour chaque entreprise assujettie, 10 % du chiffre d'affaires hors taxes défini à l'article L. 138-10.

Les entreprises exonérées de la contribution versée en application de l'article L. 245-1 sont exonérées de la fraction de la part de contribution visée au c de l'article L. 138-11.

Article L138-13

Les parts de la contribution mentionnées au a et au b de l'article L. 138-11 font l'objet d'un versement au plus tard le 30 juin suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

La part de la contribution mentionnée au c de l'article L. 138-11 fait l'objet d'un versement provisionnel au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est

due. Ce versement provisionnel est assis sur les sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1er décembre de l'année au titre de laquelle la contribution est due. Ce montant est régularisé le 30 juin de l'année suivant l'année au cours de laquelle est effectué le versement provisionnel. Cette régularisation est établie sur la base des sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1er décembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.

Article L138-15

En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

Article L138-16

En cas de non-déclaration dans les délais prescrits ou de déclaration manifestement erronée de certaines entreprises redevables, le taux de croissance du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables est déterminé par le rapport entre la somme des chiffres d'affaires valablement déclarés au titre de l'année civile et la somme des chiffres d'affaires réalisés par les mêmes entreprises au titre de l'année civile précédente.

Article L138-17

La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L138-18

Le produit de la contribution est réparti dans les conditions prévues par l'article L. 138-8.

Article L138-19

Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-10 s'entend de ce groupe.

Le groupe mentionné à l'alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle est appelée la

contribution, en application des dispositions de l'article L. 233-16 du code de commerce, et les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.

Toutefois, la société qui acquitte la contribution adresse à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée à cet effet, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.

Chapitre 8 bis : Dispositions communes aux contributions recouvrées par les organismes de recouvrement du régime général

Article L138-20

Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 sont recouvrées et contrôlées, selon les règles et sous les sanctions et garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.

Article L138-22

Les entreprises ou les groupes non établis en France désignent un représentant résidant en France personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.

Article L138-23

Un décret en Conseil d'Etat fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent chapitre.

Chapitre 8 ter : Pénalités

Section 1 : Accords en faveur de l'emploi des salariés âgés

Article L138-24

Les entreprises, y compris les établissements publics, mentionnées aux articles L. 2211-1 et L. 2233-1 du code du travail employant au moins cinquante salariés ou appartenant à un groupe au sens de l'article L. 2331-1 du même code dont l'effectif comprend au moins cinquante salariés sont soumises à une pénalité à la charge de l'employeur lorsqu'elles ne sont pas couvertes par un accord ou un plan d'action relatif à l'emploi des salariés âgés.

Le montant de cette pénalité est fixé à 1 % des rémunérations ou gains, au sens du premier alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et du deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, versés aux travailleurs salariés ou assimilés au cours des périodes au titre desquelles l'entreprise n'est pas couverte par l'accord ou le plan d'action mentionné à l'alinéa précédent.

Le produit de cette pénalité est affecté à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

Les articles L. 137-3 et L. 137-4 du présent code sont applicables à cette pénalité.

Article L138-25

L'accord d'entreprise ou de groupe portant sur l'emploi des salariés âgés mentionné à l'article L. 138-24 est conclu pour une durée maximale de trois ans. Il comporte :

- 1° Un objectif chiffré de maintien dans l'emploi ou de recrutement des salariés âgés ;
- 2° Des dispositions favorables au maintien dans l'emploi et au recrutement des salariés âgés portant sur trois domaines d'action au moins choisis parmi une liste fixée par décret en Conseil d'Etat et auxquelles sont associés des indicateurs chiffrés ;
- 3° Des modalités de suivi de la mise en œuvre de ces dispositions et de la réalisation de cet objectif.

Article L138-26

Les entreprises mentionnées au premier alinéa de l'article L. 138-24 ne sont pas soumises à la pénalité lorsque, en l'absence d'accord d'entreprise ou de groupe, elles ont élaboré, après avis du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel, un plan d'action établi au niveau de l'entreprise ou du groupe relatif à l'emploi des salariés âgés dont le contenu respecte les conditions fixées à l'article L. 138-25. La durée maximale de ce plan d'action est de trois ans. Il fait l'objet d'un dépôt auprès de l'autorité administrative dans les conditions définies à l'article L. 2231-6 du code du travail.

En outre, les entreprises dont l'effectif comprend au moins cinquante salariés et est inférieur à trois cents salariés ou appartenant à un groupe dont l'effectif comprend au moins cinquante salariés et est inférieur à trois cents salariés ne sont pas soumises à cette pénalité lorsque la négociation portant sur l'emploi des salariés âgés mentionnée à l'article L. 2241-4 du code du travail a abouti à la conclusion d'un accord de branche étendu, respectant les conditions mentionnées à l'article L.

138-25 du présent code et ayant reçu à ce titre un avis favorable du ministre chargé de l'emploi. Cet avis est opposable aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code et à l'article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime.

Article L138-27

L'autorité administrative compétente se prononce sur toute demande formulée par une entreprise mentionnée à l'article L. 138-24 tendant à apprécier l'application de la présente section à sa situation, notamment le respect des conditions fixées à l'article L. 138-25.

Le silence gardé par l'administration pendant un délai fixé par décret vaut décision de conformité.

La demande mentionnée au premier alinéa ne peut être formulée par une entreprise lorsqu'un contrôle prévu à l'article L. 243-7 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime est engagé.

La réponse, y compris implicite, est opposable aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code et à l'article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime pour une durée ne pouvant excéder la durée de validité des accords ou plans d'actions mentionnée aux articles L. 138-25 et L. 138-26.

Article L138-28

Un décret détermine les modalités de calcul des effectifs de cinquante et trois cents salariés mentionnés aux articles L. 138-24 à L. 138-26.

Section 2 : Accords en faveur de la prévention de la pénibilité

Article L138-29

Pour les salariés exposés aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4121-3-1 du code du travail, les entreprises employant une proportion minimale fixée par décret de ces salariés, y compris les établissements publics, mentionnées aux articles L. 2211-1 et L. 2233-1 du même code employant au moins cinquante salariés, ou appartenant à un groupe au sens de l'article L. 2331-1 du même code dont l'effectif comprend au moins cinquante salariés, sont soumises à une pénalité à la charge de l'employeur lorsqu'elles ne sont pas couvertes par un accord ou un plan d'action relatif à la prévention de la pénibilité.

Le montant de cette pénalité est fixé à 1 % au maximum des rémunérations ou gains, au sens du premier alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et du premier alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, versés aux travailleurs salariés ou assimilés concernés au cours des périodes au titre desquelles l'entreprise n'est pas couverte par l'accord ou le plan d'action mentionné au premier alinéa du présent article.

Le montant est fixé par l'autorité administrative, dans des conditions fixées par décret en Conseil

d'Etat, en fonction des efforts constatés dans l'entreprise en matière de prévention de la pénibilité.

Le produit de cette pénalité est affecté à la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la sécurité sociale.

Les articles L. 137-3 et L. 137-4 du présent code sont applicables à cette pénalité.

Article L138-30

L'accord d'entreprise ou de groupe portant sur la prévention de la pénibilité mentionné à l'article L. 138-29 est conclu pour une durée maximale de trois ans. Une liste de thèmes obligatoires devant figurer dans ces accords est fixée par décret.

Article L138-31

Les entreprises mentionnées au premier alinéa de l'article L. 138-29 ne sont pas soumises à la pénalité lorsque, en l'absence d'accord d'entreprise ou de groupe, elles ont élaboré, après avis du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel, un plan d'action établi au niveau de l'entreprise ou du groupe relatif à la prévention de la pénibilité dont le contenu est conforme à celui mentionné à l'article L. 138-30. La durée maximale de ce plan d'action est de trois ans. Il fait l'objet d'un dépôt auprès de l'autorité administrative.

En outre, les entreprises dont l'effectif comprend au moins cinquante salariés et est inférieur à trois cents salariés ou appartenant à un groupe dont l'effectif comprend au moins cinquante salariés et est inférieur à trois cents salariés ne sont pas soumises à cette pénalité lorsqu'elles sont couvertes par un accord de branche étendu dont le contenu est conforme au décret mentionné à l'article L. 138-30.

Chapitre 9 : Répartition de ressources entre les régimes obligatoires d'assurance maladie

Article L139-1

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part du produit des contributions attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie en application du IV et du V de l'article L. 136-8 et des articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 et la répartit entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Chaque régime d'assurance maladie, à l'exception de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, reçoit un montant égal à celui perçu au titre de l'année 1998 en ce qui concerne la répartition tant de ces contributions que des droits de consommation sur les alcools, corrigé de l'impact sur douze mois civils de la substitution de la contribution sociale généralisée aux cotisations d'assurance maladie. Ce montant est réactualisé au 1er janvier de chaque année en fonction de l'évolution, avant application de la réduction représentative de frais professionnels mentionnée au I de l'article L. 136-2, de l'assiette de la contribution visée à l'article L. 136-1 attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie entre les deux derniers exercices connus.

Ces montants et les modalités de leur versement sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés

de la sécurité sociale et du budget après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants des régimes concernés et présidée par le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Les montants fixés par cet arrêté peuvent être majorés tous les trois ans, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, sur demande des régimes intéressés adressée au président de la commission de répartition, lorsque la réactualisation mentionnée à l'alinéa précédent, appliquée sur les trois derniers exercices, est inférieure à l'accroissement, sur la même période, de l'assiette des cotisations d'assurance maladie du régime demandeur.

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reçoit le solde de la contribution sociale généralisée après la répartition prévue au deuxième alinéa du présent article.

La commission de répartition dresse, au terme d'un délai de cinq ans, un bilan de l'application des présentes dispositions qu'elle présente au Parlement et propose, le cas échéant, une modification des modalités de calcul des montants versés à chaque régime.

Chapitre 9 bis : Neutralisation des effets de trésorerie des relations financières entre l'Etat, les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base et ces régimes

Article L139-2

Les relations financières entre l'Etat et les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, d'une part, l'Etat et ces régimes, d'autre part, les organismes concourant à leur financement et les régimes obligatoires de base, enfin, sont régies par des conventions qui garantissent en particulier la neutralité des flux financiers pour la trésorerie des régimes obligatoires de base.

Ces conventions ne peuvent prévoir, pour le versement des sommes dues par l'Etat au titre de l'article L. 131-7, une périodicité supérieure à dix jours. Toutefois, lorsque le dixième jour n'est pas un jour ouvré, les conventions précitées peuvent prévoir que ce versement sera effectué le premier jour ouvré suivant. Les régimes mentionnés à l'article L. 131-7 peuvent renoncer au bénéfice des dispositions prévues par le présent alinéa.

Pour les prestations versées pour le compte de l'Etat ou pour les mesures qui font l'objet d'une compensation intégrale par l'Etat mentionnée à l'article L. 131-7, la différence entre le montant définitif de la dépense ou de la perte de recettes qui en résulte pour les organismes de base de sécurité sociale, du 1er janvier au 31 décembre de l'exercice considéré, et le montant des versements de l'Etat au titre de cette compensation, sur la même période, est retracée dans l'état semestriel des sommes restant dues par l'Etat transmis par le Gouvernement au Parlement avant la fin du mois de janvier de l'exercice suivant, mentionné à l'article LO 111-10-1.

Pour l'application de l'alinéa précédent, les versements ou reversements effectués par l'Etat ou les organismes concernés en application d'une loi de finances rectificative ou d'une loi de financement de la sécurité sociale sont réputés intervenir à la date de publication de ladite loi.

Chapitre 9 ter : Gestion des risques financiers

Article L139-3

Les ressources non permanentes auxquelles peuvent recourir les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement ne peuvent consister qu'en des avances de trésorerie ou des emprunts contractés pour une durée inférieure ou égale à douze mois auprès de la Caisse des dépôts et consignations ou d'un ou plusieurs établissements de crédit agréés dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou, dans les conditions fixées à l'article L. 225-1-4, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans le cadre d'une convention soumise à l'approbation des ministres chargés de la tutelle du régime ou de l'organisme concerné.

Toutefois, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également autorisée à émettre des titres de créances négociables, dans les mêmes conditions de durée. Son programme d'émission fait l'objet chaque année d'une approbation par les ministres chargés de sa tutelle.

Ces dispositions sont sans préjudice de prêts et avances pouvant être consentis aux régimes et organismes mentionnés au premier alinéa du présent article, dans les mêmes conditions d'approbation et de durée, par un organisme gestionnaire d'un régime obligatoire de protection sociale ou par un organisme ou fonds mentionné au 8° du III de l'article LO 111-4.

Article L139-4

Les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, les organismes concourant à leur financement et les organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ne peuvent placer leurs disponibilités excédant leurs besoins de trésorerie que dans des actifs réalisables à des échéances compatibles avec la durée prévisible de ces disponibilités.

Article L139-5

Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement les résultats d'un audit contractuel sur la politique de gestion du risque de liquidité mise en œuvre par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, notamment dans le cadre de ses opérations d'émission de titres de créances négociables et de placement de ses excédents.

Partie législative

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

Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités

Chapitre 1er : Expertise médicale.

Article L141-1

Les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou à l'état de la victime, et notamment à la date de consolidation en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle et celles relatives à leur prise en charge thérapeutique, à l'exclusion des contestations régies par l'article L. 143-1, donnent lieu à une procédure d'expertise médicale dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Ces dispositions sont également applicables aux contestations d'ordre médical relatives à l'état de santé de l'enfant pour l'ouverture du droit à l'allocation journalière de présence parentale prévue aux articles L. 544-1 à L. 544-9.

Article L141-2

Quand l'avis technique de l'expert ou du comité prévu pour certaines catégories de cas a été pris dans les conditions fixées par le décret en Conseil d'Etat auquel il est renvoyé à l'article L. 141-1, il s'impose à l'intéressé comme à la caisse. Au vu de l'avis technique, le juge peut, sur demande d'une partie, ordonner une nouvelle expertise.

Article L141-2-1

Sans préjudice des dispositions des articles L. 141-1 et L. 141-2, les contestations portant sur l'application par les professionnels de santé des nomenclatures d'actes professionnels et d'actes de biologie médicale peuvent donner lieu, à la demande du juge, à une expertise technique spécifique, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L141-3

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent au régime général de sécurité sociale, au régime social des indépendants, au régime de la mutualité sociale agricole, et, en ce qui concerne les accidents du travail en agriculture, aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Elles sont également applicables aux divers régimes spéciaux avec les adaptations nécessaires déterminées par arrêté ministériel.

Chapitre 2 : Contentieux général

Section 1 : Dispositions générales.

Article L142-1

Il est institué une organisation du contentieux général de la sécurité sociale.

Cette organisation règle les différends auxquels donnent lieu l'application des législations et réglementations de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole, et qui ne relèvent pas, par leur nature, d'un autre contentieux, ainsi que le recouvrement mentionné au 5° de l'article L. 213-1.

Article L142-2

Le tribunal des affaires de sécurité sociale connaît en première instance des litiges relevant du contentieux général de la sécurité sociale ainsi que de ceux relatifs au recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 143-11-6, L. 1233-66, L. 1233-69, L. 351-3-1 et L. 351-14 du code du travail.

La cour d'appel statue sur les appels interjetés contre les décisions rendues par le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Article L142-3

Les dispositions de l'article L. 142-2 ne sont pas applicables :

1°) aux contestations régies par l'article L. 143-1 ;

2°) au contrôle technique exercé à l'égard des praticiens ;

3°) aux recours formés contre les décisions des autorités administratives ou tendant à mettre en jeu la responsabilité des collectivités publiques à raison de telles décisions ;

4°) aux poursuites pénales engagées en application des législations et réglementations de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole ;

5° Aux contestations nées à l'occasion du recouvrement par l'organisme habilité en vertu de l'article L. 620-9 du code du travail à recouvrer les contributions et cotisations mentionnées par cet article.

Section 3 : Juridictions

Sous-section 1 : Tribunal des affaires de sécurité sociale.

Article L142-4

Le tribunal des affaires de sécurité sociale est présidé par un magistrat du siège du tribunal de grande instance dans le ressort duquel le tribunal des affaires de sécurité sociale a son siège ou par un magistrat du siège honoraire, désigné pour trois ans par ordonnance du premier président de la cour d'appel prise après avis de l'assemblée générale des magistrats du siège de la cour d'appel. Il comprend, en outre, un assesseur représentant les travailleurs salariés et un assesseur représentant les employeurs et travailleurs indépendants.

Les assesseurs appartiennent aux professions agricoles lorsque le litige intéresse un ressortissant de ces professions et aux professions non agricoles dans le cas contraire.

Toutefois, lorsque le tribunal des affaires de sécurité sociale est appelé à déterminer si le régime applicable à l'une des parties à l'instance est celui d'une profession agricole ou celui d'une profession non agricole, il est composé, outre son président, de deux assesseurs représentant les travailleurs salariés dont l'un appartient à une profession agricole et l'autre à une profession non agricole, et de deux assesseurs représentant les employeurs et travailleurs indépendants, dont l'un appartient à une profession agricole et l'autre à une profession non agricole.

Article L142-5

Les assesseurs sont désignés pour une durée de trois ans par ordonnance du premier président de la cour d'appel, prise après avis du président du tribunal des affaires de sécurité sociale, sur une liste dressée dans le ressort de chaque tribunal par l'autorité compétente de l'Etat, sur proposition des organisations professionnelles les plus représentatives intéressées. Leurs fonctions peuvent être renouvelées suivant les mêmes formes. En l'absence de liste ou de proposition, le premier président de la cour d'appel peut renouveler les fonctions d'un ou plusieurs assesseurs pour une nouvelle durée de trois ans.

Des assesseurs suppléants sont désignés concomitamment dans les mêmes formes.

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

Article L142-7

Dans le cas où le tribunal des affaires de sécurité sociale ne peut siéger avec la composition prévue à l'article L. 142-4, l'audience est reportée à une date ultérieure, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, sauf accord des parties pour que le président statue seul après avoir recueilli, le cas échéant, l'avis de l'assesseur présent.

L'audience ne peut être reportée plus d'une fois. Dans le cas où, à la deuxième audience, le tribunal des affaires de sécurité sociale ne peut à nouveau siéger avec la composition prévue à l'article L. 142-4, le président statue seul après avoir recueilli, le cas échéant, l'avis de l'assesseur présent.

Article L142-8

Dans les circonscriptions où il n'est pas établi de tribunal des affaires de sécurité sociale, le tribunal de grande instance connaît des matières attribuées aux tribunaux des affaires de sécurité sociale.

Section 5 : Dispositions diverses

Article L142-9

Les juridictions mentionnées à l'article L. 142-2 soulèvent d'office les prescriptions prévues au présent code et au livre VII du code rural et de la pêche maritime.

Chapitre 3 : Contentieux technique de la sécurité sociale

Section 1 : Dispositions générales.

Article L143-1

Il est institué une organisation du contentieux technique de la sécurité sociale.

Cette organisation règle les contestations relatives :

1°) à l'état ou au degré d'invalidité, en cas d'accident ou de maladie non régie par le livre IV du présent code et à l'état d'inaptitude au travail ;

2°) à l'état d'incapacité permanente de travail et notamment au taux de cette incapacité, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;

3°) A l'état d'incapacité de travail pour l'application des dispositions du livre VII du code rural et de la pêche maritime autres que celles relevant du contentieux général de la sécurité sociale ;

4°) aux décisions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses de mutualité sociale agricole concernant, en matière d'accident du travail agricole et non agricole, la fixation du taux de cotisation, l'octroi de ristournes, l'imposition de cotisations supplémentaires et, pour les accidents régis par le livre IV du code de la sécurité sociale, la détermination de la contribution prévue à l'article L. 437-1 du présent code.5°) Aux décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnées au premier alinéa de l'article L. 241-9 du code de l'action sociale et des familles.

Les dispositions des 1° à 3° du présent article ne sont pas applicables aux accidents du travail survenus et aux maladies professionnelles constatées dans l'exercice des professions agricoles dans les départements autres que ceux du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article L143-1-1

Pour les contestations mentionnées au 5° de l'article L. 143-1, le médecin de la maison départementale des personnes handicapées concernée transmet, sans que puisse lui être opposé l'article 226-13 du code pénal, à l'attention exclusive du médecin expert ou du médecin consultant désigné par la juridiction compétente, l'intégralité du rapport médical ayant contribué à la fixation du taux d'incapacité ou à la décision critiquée. Le requérant est informé de cette notification. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article.

Section 2 : Les tribunaux du contentieux de l'incapacité

Sous-section 1 : Compétence et organisation.

Article L143-2

Les contestations mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 5° de l'article L. 143-1 sont soumises à des tribunaux du contentieux de l'incapacité.

Les tribunaux du contentieux de l'incapacité comprennent trois membres. Ils se composent d'un président, magistrat honoraire de l'ordre administratif ou judiciaire, d'un assesseur représentant les travailleurs salariés et d'un assesseur représentant les employeurs ou travailleurs indépendants.

Si un magistrat honoraire ne peut être désigné en qualité de président, la présidence est assurée par une personnalité présentant des garanties d'indépendance et d'impartialité, et que sa compétence et son expérience dans les domaines juridiques qualifient pour l'exercice de ces fonctions.

Le président est désigné pour trois ans renouvelables par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice, sur une liste de quatre noms dressée par le premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège.

Un président suppléant est désigné concomitamment dans les mêmes formes et sous les mêmes conditions.

La présidence d'une formation de jugement peut être assurée par un magistrat honoraire ou une personnalité qualifiée autre que le président du tribunal, désigné dans les mêmes formes.

Le remplacement d'un président de formation de jugement peut être assuré, en cas d'empêchement, par le président du tribunal ou l'un quelconque des présidents de formation de jugement, désigné par ordonnance du président du tribunal.

Les assesseurs appartiennent aux professions agricoles lorsque le litige intéresse un ressortissant de ces professions et aux professions non agricoles dans le cas contraire.

Ils sont désignés pour une durée de trois ans par le premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège sur des listes dressées sur proposition des organisations professionnelles les plus représentatives intéressées par l'autorité compétente de l'Etat. Leurs fonctions peuvent être renouvelées suivant les mêmes formes. En l'absence de liste ou de proposition, le premier président de la cour d'appel peut renouveler les fonctions d'un ou plusieurs assesseurs pour une nouvelle durée de trois ans.

Des assesseurs suppléants sont désignés concomitamment dans les mêmes formes.

Une indemnité est allouée aux membres du tribunal pour l'exercice de leurs fonctions.

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

Article L143-2-1

Les assesseurs titulaires et suppléants des tribunaux du contentieux de l'incapacité doivent être de nationalité française, âgés de vingt-trois ans au moins, avoir la capacité d'être juré de cour d'assises et n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation prévue et réprimée par le code de la sécurité sociale.

Avant d'entrer en fonctions, ils prêtent individuellement serment devant la cour d'appel de remplir leurs fonctions avec zèle et intégrité et de garder le secret des délibérations. Leurs fonctions sont incompatibles avec celles de membre des conseils ou des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole.

La récusation d'un assesseur d'un tribunal du contentieux de l'incapacité peut être demandée dans les conditions fixées à l'article L. 143-8.

L'assesseur titulaire ou suppléant qui, sans motif légitime et après mise en demeure, s'abstient d'assister à une audience peut être déclaré démissionnaire. Le président du tribunal du contentieux de l'incapacité constate le refus de service par procès-verbal, l'assesseur préalablement entendu ou dûment appelé. Au vu du procès-verbal, la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège statue en audience solennelle, après avoir appelé l'intéressé.

Tout manquement d'un assesseur à l'honneur, à la probité, à la dignité ou aux devoirs de sa charge constitue une faute.

Les sanctions qui peuvent lui être infligées sont le blâme, la suspension pour une durée qui ne peut excéder six mois, la déchéance. Le blâme et la suspension sont prononcés par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice. La déchéance est prononcée par décret.

L'assesseur est appelé par le président du tribunal auquel il appartient pour s'expliquer sur les faits qui lui sont reprochés. Dans le délai d'un mois à dater de la convocation, le procès-verbal de la séance de comparution est adressé par le président du tribunal au premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège et au procureur général près ladite cour d'appel, qui le transmettent sans délai au garde des sceaux, ministre de la justice.

L'assesseur qui, postérieurement à sa désignation, perd sa capacité d'être juré ou est condamné pour une infraction prévue et réprimée par le code de la sécurité sociale est déchu de plein droit.

Sur proposition du premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal du contentieux de l'incapacité a son siège, le garde des sceaux, ministre de la justice, saisi d'une plainte ou informé de faits de nature à entraîner des poursuites pénales contre un assesseur, peut suspendre l'intéressé pour une durée qui ne peut excéder six mois. Il est fait application de la procédure prévue au septième alinéa.

Article L143-2-3

Lorsque, par suite de l'absence d'assesseurs, titulaires ou suppléants, régulièrement convoqués, ou de leur récusation, le tribunal du contentieux de l'incapacité ne peut se réunir au complet, l'audience est reportée à une date ultérieure, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, sauf accord des parties pour que le président statue seul après avoir recueilli, le cas échéant, l'avis de l'assesseur présent.

L'audience ne peut être reportée plus d'une fois pour l'un des motifs précédemment indiqués. Dans les cas où le tribunal ne peut de nouveau siéger "pour l'un de ces motifs" le président statue seul après avoir recueilli, le cas échéant, l'avis de l'assesseur présent.

Article L143-2-4

Dans les circonscriptions où il n'est pas établi de tribunal du contentieux de l'incapacité, le tribunal de grande instance connaît des matières attribuées aux tribunaux du contentieux de l'incapacité.

Section 3 : Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail

Sous-section 1 : Compétence et organisation.

Article L143-3

Les contestations mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 5° de l'article L. 143-1 sont portées en appel devant une Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail composée d'un président, magistrat du siège de la cour d'appel dans le ressort de laquelle la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail a son siège, désigné pour trois ans dans les formes prévues pour la nomination des magistrats du siège, de présidents de section, magistrats du siège de ladite cour d'appel désignés pour trois ans par ordonnance du premier président prise avec leur consentement et après avis de l'assemblée générale des magistrats du siège et d'assesseurs représentant les travailleurs salariés, d'une part, et les employeurs ou travailleurs indépendants, d'autre part.

Article L143-4

Les contestations mentionnées au 4° de l'article L. 143-1, sont soumises en premier et dernier ressort à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail prévue à l'article L. 143-3.

Article L143-5

I. - Les assesseurs représentant les salariés et les assesseurs représentant les employeurs ou travailleurs indépendants sont nommés pour trois ans renouvelables par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice, sur une liste dressée par le premier président de la Cour de cassation sur proposition des organisations professionnelles les plus représentatives intéressées.

Un nombre égal d'assesseurs suppléants est désigné concomitamment et dans les mêmes formes.

II. - Les employeurs sont tenus de laisser aux salariés de leur entreprise, membres assesseurs de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, le temps nécessaire pour l'exercice de leurs fonctions.

Article L143-6

La Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail comprend des sections dont le nombre et les attributions sont déterminés par décret en Conseil d'Etat. Chaque section se compose de son président et de deux assesseurs représentant l'un les travailleurs salariés, l'autre les employeurs ou travailleurs indépendants.

Les assesseurs appartiennent aux professions agricoles lorsque le litige intéresse un ressortissant de ces professions et aux professions non agricoles dans le cas contraire.

Le siège de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail est fixé par décret en Conseil d'Etat.

Article L143-7

Les assesseurs titulaires et suppléants de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail doivent être de nationalité française, âgés de vingt-trois ans au moins, avoir la capacité d'être juré de cour d'assises et n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation prévue et réprimée par le présent code.

Avant d'entrer en fonctions, ils prêtent individuellement serment devant la cour d'appel de remplir leurs fonctions avec zèle et intégrité et de garder le secret des délibérations. Leurs fonctions sont incompatibles avec celles de membre des conseils ou conseils d'administration des organismes de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole.

Article L143-8

La récusation d'un assesseur peut être demandée :

- 1° Si lui ou son conjoint a un intérêt personnel à la contestation ;
- 2° Si lui ou son conjoint est parent ou allié d'une des parties jusqu'au quatrième degré inclusivement ;
- 3° S'il y a eu ou s'il y a procès entre lui ou son conjoint et l'une des parties ou son conjoint ;
- 4° S'il a précédemment connu de l'affaire comme assesseur ;
- 5° S'il existe un lien de subordination entre l'assesseur ou son conjoint et l'une des parties ou son conjoint ;
- 6° S'il y a amitié ou inimitié notoire entre l'assesseur et l'une des parties.

Article L143-9

L'assesseur titulaire ou suppléant qui, sans motif légitime et après mise en demeure, s'abstient d'assister à une audience peut être déclaré démissionnaire. Le président de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail constate le refus de service par procès-verbal, l'assesseur préalablement entendu ou dûment appelé. Au vu du procès-verbal, la cour d'appel dans le ressort de laquelle la cour a son siège statue en audience solennelle, après avoir appelé l'intéressé.

Tout manquement d'un assesseur à l'honneur, à la probité, à la dignité ou aux devoirs de sa charge

constitue une faute.

Les sanctions qui peuvent lui être infligées sont le blâme, la suspension pour une durée qui ne peut excéder six mois, la déchéance. Le blâme et la suspension sont prononcés par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice. La déchéance est prononcée par décret.

L'assesseur est appelé par le président de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail devant la section à laquelle il appartient pour s'expliquer sur les faits qui lui sont reprochés. Dans le délai d'un mois à dater de la convocation, le procès-verbal de la séance de comparution est adressé par le président de la juridiction au premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle la cour nationale a son siège et au procureur général près ladite cour d'appel, qui le transmettent sans délai au garde des sceaux, ministre de la justice.

L'assesseur qui, postérieurement à sa désignation, perd sa capacité d'être juré ou est condamné pour une infraction prévue et réprimée par le présent code est déchu de plein droit.

Sur proposition du premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail a son siège, le garde des sceaux, ministre de la justice, saisi d'une plainte ou informé de faits de nature à entraîner des poursuites pénales contre un assesseur, peut suspendre l'intéressé pour une durée qui ne peut excéder six mois. Il est fait application de la procédure prévue au quatrième alinéa.

Article L143-9-1

Les notifications des décisions rendues par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées rappellent à la personne les voies de recours, ainsi que le droit de demander l'intervention d'une personne qualifiée chargée de proposer des mesures de conciliation conformément à l'article L. 146-10 du code de l'action sociale et des familles ou de bénéficier des procédures de traitement amiable des litiges prévues à l'article L. 146-13 du même code.

Article L143-10

Pour les contestations mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 143-1, le praticien-conseil du contrôle médical du régime de sécurité sociale concerné transmet, sans que puissent lui être opposées les dispositions de l'article 226-13 du code pénal, à l'attention du médecin expert ou du médecin consultant désigné par la juridiction compétente, l'entier rapport médical ayant contribué à la fixation du taux d'incapacité de travail permanente. A la demande de l'employeur, ce rapport est notifié au médecin qu'il mandate à cet effet. La victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle est informée de cette notification. Pour les contestations mentionnées au 5° de l'article L. 143-1, la juridiction compétente peut solliciter, outre l'avis du médecin, l'expertise d'une ou plusieurs personnes qualifiées dans le domaine concerné par la décision mise en cause.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article.

Article L143-11

Chaque année, la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail rend public un rapport sur son activité.

Chapitre 4 : Dispositions communes - Dispositions diverses

Section 1 : Dispositions relatives aux membres des juridictions de sécurité sociale du premier degré.

Article L144-1

Les assesseurs des tribunaux des affaires de sécurité sociale et des tribunaux du contentieux de l'incapacité doivent être de nationalité française, âgés de vingt-trois ans au moins, remplir les conditions d'aptitude pour être juré fixées par les articles 255 à 257 du code de procédure pénale et n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour une infraction pénale prévue par le livre VII du code rural et de la pêche maritime ou par le code de la sécurité sociale.

Avant d'entrer en fonctions, les assesseurs titulaires et suppléants prêtent serment devant la cour d'appel de remplir leurs fonctions avec zèle et intégrité et de garder le secret des délibérations.

Les membres des conseils ou des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole ne peuvent être désignés en qualité d'assesseurs ou d'assesseurs suppléants du tribunal des affaires de sécurité sociale et du tribunal du contentieux de l'incapacité.

Les employeurs sont tenus de laisser aux salariés de leur entreprise, membres assesseurs d'un tribunal des affaires de sécurité sociale ou d'un tribunal du contentieux de l'incapacité, le temps nécessaire pour l'exercice de leurs fonctions.

Article L144-2

L'assesseur d'un tribunal des affaires de sécurité sociale ou d'un tribunal du contentieux de l'incapacité, titulaire ou suppléant, qui, sans motif légitime et après mise en demeure, s'abstient d'assister à une audience peut être déclaré démissionnaire. Le président du tribunal constate le refus de service par procès-verbal, l'assesseur préalablement entendu ou dûment appelé. Au vu du procès-verbal, la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège statue en audience solennelle, après avoir appelé l'intéressé.

Les sanctions qui peuvent lui être infligées en cas de faute disciplinaire sont le blâme, la suspension pour une durée qui ne peut excéder six mois, la déchéance. Le blâme et la suspension sont prononcés par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice. La déchéance est prononcée par décret.

L'assesseur est appelé par le président du tribunal auquel il appartient pour s'expliquer sur les faits qui lui sont reprochés.

L'assesseur qui, postérieurement à sa désignation, perd la capacité d'être juré ou est condamné pour une infraction pénale mentionnée au premier alinéa de l'article L. 144-1 est déchu de plein droit.

Sur proposition du premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège, le garde des sceaux, ministre de la justice, saisi d'une plainte ou informé de faits de nature à entraîner des poursuites pénales contre un assesseur, peut suspendre l'intéressé pour une durée qui ne peut excéder six mois. Il est fait application de la procédure prévue au troisième alinéa.

L'article L. 144-1 et le présent article sont applicables aux présidents des tribunaux du contentieux de l'incapacité qui ne sont pas des magistrats honoraires. Pour l'application du troisième alinéa du présent article, les fonctions conférées au président du tribunal sont exercées par le premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle est situé le tribunal, qui transmet le procès-verbal de la séance de comparution au garde des sceaux, ministre de la justice.

Section 4 : Dépenses de contentieux.

Article L144-5

A l'exclusion des rémunérations des présidents des juridictions et de celles de leurs secrétaires ainsi que de celles du secrétaire général et des secrétaires généraux adjoints de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, les dépenses de toute nature résultant de l'application des chapitres II et III du présent titre sont :

1°) ou bien réglées directement par la caisse nationale compétente du régime général ou par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;

2°) ou bien avancées par la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse départementale ou pluri-départementale de mutualité sociale agricole du siège de la juridiction et remboursées par la caisse nationale compétente du régime général ou par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;

3°) ou bien remboursées par la caisse nationale compétente du régime général au budget de l'Etat.

Les modalités suivant lesquelles les dépenses précitées sont avancées, réglées et remboursées par les organismes mentionnés aux 1°, 2° et 3° sont fixées par arrêtés interministériels.

Des arrêtés interministériels déterminent les conditions dans lesquelles les dépenses acquittées par la caisse nationale compétente, en application du présent article, sont réparties entre les organismes du régime général de sécurité sociale, du régime de la mutualité sociale agricole, des régimes spéciaux, les organismes de sécurité sociale mentionnés au livre VI du présent code, le fonds

spécial d'invalidité mentionné par l'article L. 815-3-1 et le fonds de solidarité vieillesse institué par l'article L. 135-1.

Section 2 : Dispositions relatives à l'assistance et à la représentation.

Article L144-3

Devant le tribunal du contentieux de l'incapacité, le tribunal des affaires de sécurité sociale et la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, les parties se défendent elles-mêmes. Outre les avocats, peuvent assister ou représenter les parties :

1° Leur conjoint ou un ascendant ou descendant en ligne directe ;

1° bis Leur concubin ou la personne avec laquelle elles ont conclu un pacte civil de solidarité ;

2° Suivant le cas, un travailleur salarié ou un employeur ou un travailleur indépendant exerçant la même profession ou un représentant qualifié des organisations syndicales de salariés ou d'employeurs ;

3° Un administrateur ou un employé de l'organisme partie à l'instance ou un employé d'un autre organisme de sécurité sociale ;

4° Un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives.

Le représentant doit, s'il n'est avocat justifier d'un pouvoir spécial.

Section 3 : Pourvoi en cassation.

Article L144-4

Les décisions rendues, en dernier ressort, par les tribunaux des affaires de sécurité sociale, les arrêts de la cour d'appel et les décisions de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail prévue à l'article L. 143-3 peuvent être attaqués devant la cour de cassation.

Chapitre 5 : Contentieux du contrôle technique

Section 1 : Dispositions générales

Sous-section 1 : Dispositions générales relatives aux médecins,

chirurgiens-dentistes et sages-femmes.

Article L145-1

Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, sont soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes dite section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire nationale du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, dite section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des sages-femmes.

Article L145-2

Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes sont :

1°) l'avertissement ;

2°) le blâme, avec ou sans publication ;

3°) l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux ;

4°) dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus.

Les sanctions prévues aux 3° et 4° ci-dessus peuvent faire l'objet d'une publication.

Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification au praticien d'une sanction assortie du sursis et devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3°, elle peut décider que la sanction pour la partie assortie du sursis devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

Est considérée comme non avenue une sanction, pour la partie assortie du sursis, lorsque le praticien sanctionné n'aura commis aucune nouvelle faute suivie d'une sanction dans le délai fixé à l'alinéa précédent.

Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut être seule mise à exécution.

Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3° du premier alinéa, ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les soins des organismes de sécurité sociale.

Article L145-2-1

Les sanctions prévues au 1° et au 2° de l'article L. 145-2 entraînent la privation du droit de faire partie du conseil départemental, du conseil régional ou interrégional ou du Conseil national de l'ordre pendant une durée de trois ans. La sanction prévue au 3° du même article, qu'elle soit ou non assortie du sursis, ainsi que la sanction prévue au 4° de cet article, entraînent la privation de ce droit à titre définitif.

La décision de sursis est sans effet sur les incapacités prévues à l'alinéa qui précède.

Après qu'un intervalle de trois ans se sera écoulé depuis une décision définitive d'interdiction permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux, le praticien frappé de cette sanction pourra être relevé de l'incapacité en résultant par une décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance qui a prononcé la sanction.

Lorsque la demande aura été rejetée après examen au fond, elle ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai de trois années.

Article L145-3

Tout praticien qui contrevient aux décisions de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section disciplinaire du conseil national ou de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, en donnant des soins à un assuré social alors qu'il est privé du droit de le faire, est tenu de rembourser à l'organisme de sécurité sociale le montant de toutes les prestations médicales, dentaires, pharmaceutiques ou autres que celui-ci a été amené à payer audit assuré social du fait des soins que le praticien a donnés ou des prescriptions qu'il a ordonnées.

Article L145-4

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles les dispositions du présent chapitre sont étendues et adaptées aux difficultés nées de l'exécution du contrôle des services techniques en ce qui concerne les pharmaciens et les auxiliaires médicaux autres que ceux visés à l'article L. 4391-1 du code de la santé publique.

Il édicte également les mesures nécessaires à l'application des dispositions du présent chapitre et fixe notamment les règles de la procédure.

Article L145-5

Les décisions rendues par les sections des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins, du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou conseil national de l'ordre des sages-femmes et du conseil national de l'ordre des pharmaciens ne sont susceptibles de recours que devant le Conseil d'Etat, par la voie du recours en cassation.

Sous-section 2 : Dispositions générales relatives à certaines professions paramédicales

Article L145-5-1

Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux sont soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance des masseurs-kinésithérapeutes ou à une section de la chambre disciplinaire de première instance des infirmiers dites "section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance" et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ou du conseil national de l'ordre des infirmiers, dites "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes" et "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des infirmiers".

Article L145-5-2

Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et par la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et du conseil national de l'ordre des infirmiers sont :

1° L'avertissement ;

2° Le blâme, avec ou sans publication ;

3° L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux ;

4° Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues aux 1° à 3°.

La section des assurances sociales peut assortir les sanctions prévues au présent article de leur publication selon les modalités qu'elle fixe.

Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie du sursis, dès lors que cette sanction est devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3°, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec celles mentionnées à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, seule la sanction la plus lourde est mise à exécution.

Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3° ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les organismes de sécurité sociale.

Article L145-5-3

Les sanctions prévues aux 1° et 2° de l'article L. 145-5-2 entraînent la privation du droit de faire partie du conseil départemental, régional, interrégional et national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ou de l'ordre des infirmiers pendant une durée de trois ans. Les sanctions prévues aux 3° et 4° du même article entraînent la privation de ce droit à titre définitif.

Le professionnel frappé d'une sanction définitive d'interdiction permanente du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux peut être relevé, après un délai de trois ans suivant la sanction, de l'incapacité en résultant par une décision de la chambre disciplinaire de première instance qui a prononcé la sanction.

Lorsque la demande a été rejetée après examen au fond, elle ne peut être représentée qu'après un nouveau délai de trois années.

Article L145-5-4

Tout professionnel, qui contrevient aux décisions du conseil régional ou interrégional, de la section disciplinaire du conseil national, de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des

masseurs-kinésithérapeutes ou de l'ordre des infirmiers en dispensant des soins à un assuré social alors qu'il est privé du droit de le faire, est tenu de rembourser à l'organisme de sécurité sociale le montant de toutes les prestations que celui-ci a été amené à payer audit assuré social du fait des soins dispensés.

Article L145-5-5

Les décisions rendues par la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et de l'ordre des infirmiers sont susceptibles de recours devant le Conseil d'Etat, par la voie du recours en cassation.

Sous-section 3 : Autres dispositions

Article L145-5-6

Une chambre disciplinaire de l'ordre des pharmaciens ou de l'ordre des médecins, y compris leur section des assurances sociales, peut connaître du cas d'une société qui exploite un laboratoire de biologie médicale privé, lorsque cette personne morale est inscrite au tableau de l'ordre des pharmaciens ou de l'ordre des médecins. Cette chambre peut dans ce cas, outre les sanctions applicables, prononcer l'interdiction temporaire, avec ou sans sursis, d'exercer des activités de biologie médicale ; cette interdiction ne peut pas excéder un an.

Lorsqu'une plainte est déposée à l'encontre d'une personne morale mentionnée au premier alinéa, inscrite simultanément au tableau de l'ordre des médecins et au tableau de l'ordre des pharmaciens, cette plainte est instruite soit par la chambre disciplinaire de l'ordre des médecins si les biologistes médicaux exerçant au sein du laboratoire de biologie médicale sont majoritairement inscrits au tableau de l'ordre des médecins, soit par la chambre disciplinaire de l'ordre des pharmaciens dans l'hypothèse inverse. En cas d'égalité entre médecins biologistes et pharmaciens biologistes, le plaignant détermine la chambre disciplinaire compétente.

Les conditions d'application sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Section 2 : Organisation des juridictions

Sous-section 1 : Organisation des juridictions relatives aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes.

Article L145-6

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre est une juridiction. Elle est présidée par un membre du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel nommé par le vice-président du Conseil d'Etat au vu des propositions du président de la cour administrative d'appel dans le ressort duquel se trouve le siège du conseil régional ou interrégional. Le cas échéant, plusieurs présidents suppléants peuvent être nommés dans les mêmes conditions.

Elle comprend un nombre égal d'assesseurs, membres, selon le cas, de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou de l'ordre des sages-femmes, et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale, dont au moins un praticien-conseil, nommés par l'autorité compétente de l'Etat. Les assesseurs membres de l'ordre sont désignés par le conseil régional ou interrégional de l'ordre en son sein.

Article L145-7

La section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins est présidée par un conseiller d'Etat, nommé en même temps qu'un ou plusieurs conseillers d'Etat suppléants par le garde des sceaux, ministre de la justice. Elle comprend un nombre égal d'assesseurs membres de l'ordre et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale, nommés par l'autorité compétente de l'Etat sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les sections des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes et du Conseil national de l'ordre des sages-femmes sont présidées par le conseiller d'Etat qui préside la formation disciplinaire de chacun de ces conseils. Elles comprennent un nombre égal d'assesseurs membres de l'ordre et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale, dont au moins un praticien conseil nommé par l'autorité compétente de l'Etat sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les assesseurs membres de l'ordre des médecins sont désignés par le conseil national parmi les membres et anciens membres des conseils de l'ordre.

Les assesseurs membres de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes sont nommés par le conseil national de chacun de ces ordres en son sein.

Sous-section 2 : Organisation des juridictions relatives à certaines professions paramédicales

Article L145-7-1

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et celle de l'ordre des infirmiers sont des juridictions. Elles sont présidées par un membre du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel

nommé par le vice-président du Conseil d'Etat au vu des propositions du président de la cour administrative d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le siège du conseil régional ou interrégional. Le cas échéant, deux présidents suppléants peuvent être nommés dans les mêmes conditions.

Elles comprennent un nombre égal d'assesseurs membres, selon le cas, de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ou de l'ordre des infirmiers, et d'assesseurs représentants des organismes de sécurité sociale, dont au moins un praticien-conseil, nommés par l'autorité compétente de l'Etat. Les assesseurs membres des ordres sont désignés par le conseil régional ou interrégional de chacun de ces ordres, en son sein.

Article L145-7-2

La section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et celle de l'ordre des infirmiers sont, chacune, présidées par un conseiller d'Etat nommé en même temps qu'un ou plusieurs conseillers d'Etat suppléants par le garde des sceaux, ministre de la justice. Elles comprennent un nombre égal d'assesseurs membres, selon le cas, de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ou de l'ordre des infirmiers, et d'assesseurs praticiens-conseils, représentants des organismes de sécurité sociale, nommés par l'autorité compétente de l'Etat sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Les assesseurs membres des ordres sont désignés par le conseil national de chacun de ces ordres, en son sein.

Article L145-7-3

Les membres de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et de l'ordre des infirmiers ne peuvent siéger à raison de faits dont ils auraient eu à connaître en qualité de membres de la chambre disciplinaire.

Section 3 : Procédure

Sous-section 1 : Procédure relative aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes

Article L145-8

La procédure devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et devant la section des assurances sociales du conseil national de discipline est contradictoire.

Article L145-9

Le président de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et le président de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes peuvent, par ordonnance, donner acte des désistements, rejeter une requête ne relevant manifestement pas de la compétence de leur juridiction, statuer sur les requêtes qui ne présentent plus à juger de questions autres que la condamnation prévue à l'article L. 761-1 du code de justice administrative, la charge des dépens ou la fixation des dates d'exécution des sanctions mentionnées à l'article L. 145-2 du présent code, constater qu'il n'y a pas lieu de statuer sur une requête et rejeter les conclusions entachées d'une irrecevabilité manifeste non susceptible d'être couverte en cours d'instance.

Sous-section 2 : Procédure relative à certaines professions paramédicales

Article L145-9-1

La procédure devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et devant la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et de l'ordre des infirmiers est contradictoire.

Article L145-9-2

Le président de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et le président de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, ainsi que le président de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et le président de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des infirmiers peuvent, par ordonnance, donner acte des désistements, rejeter une requête ne relevant manifestement pas de la compétence de leur juridiction, constater qu'il n'y a pas lieu de statuer sur une requête, rejeter les conclusions entachées d'une irrecevabilité manifeste non susceptible d'être couverte en cours d'instance et statuer sur les requêtes qui ne présentent plus à juger de questions autres que la condamnation prévue à l'article L. 761-1 du code de justice administrative, la charge des dépens ou la fixation des dates d'exécution des sanctions mentionnées à l'article L. 145-5-2 du présent code.

Chapitre 6 : Contentieux du contrôle technique en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française

Section 1 : Dispositions générales

Article L146-1

En Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes ou pharmaciens à l'occasion des soins dispensés ou des prestations servies aux assurés sociaux, sont soumis en première instance à une section de l'une des chambres disciplinaires prévues aux chapitres Ier et III du titre IV du livre IV de la partie IV du code de la santé publique dite : "section des assurances sociales de la chambre disciplinaire" et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire nationale du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes ou des pharmaciens dite : "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins" ou "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes" ou "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des sages-femmes" ou "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des pharmaciens".

Article L146-2

I. - Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales des chambres disciplinaires ou des conseils nationaux de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes sont :

1° L'avertissement ;

2° Le blâme ;

3° L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux ;

4° Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus.

II. - Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales des chambres disciplinaires ou du conseil national de l'ordre des pharmaciens sont :

1° L'avertissement ;

2° Le blâme ;

3° L'interdiction temporaire ou permanente de servir des prestations aux assurés sociaux ;

4° Dans le cas d'abus des prix de vente des médicaments et des fournitures ou des prix d'analyses, le remboursement du trop perçu à l'assuré, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus.

III. - Les sanctions prévues aux 2°, 3° et 4° du I et du II du présent article peuvent faire l'objet d'une publication si le jugement le prévoit.

Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie du sursis et devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3° du I ou du II du présent article, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

Est considérée comme non avenue une sanction, pour la partie assortie du sursis, lorsque le praticien sanctionné n'aura commis aucune nouvelle faute suivie d'une sanction dans le délai fixé à l'alinéa précédent.

Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues aux articles L. 4124-6, L. 4234-6, L. 4441-10 ou L. 4443-4 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut être seule mise à exécution.

Les sanctions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les soins des organismes de sécurité sociale.

Article L146-3

Les sanctions prévues aux 1° et 2° des I et II de l'article L. 146-2 entraînent la privation du droit d'exercer des fonctions ordinales administratives ou disciplinaires, quelles qu'elles soient, pendant une durée de trois ans. La sanction prévue au 3° du même article, qu'elle soit ou non assortie du sursis, ainsi que la sanction prévue au 4° de cet article, entraînent la privation de ce droit à titre définitif.

La décision de sursis est sans effet sur les incapacités prévues à l'alinéa qui précède.

Après qu'un intervalle de trois ans se sera écoulé depuis une décision définitive d'interdiction permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux, le praticien frappé de cette sanction pourra être relevé de l'incapacité en résultant par une décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance qui a prononcé la sanction.

Lorsque la demande aura été rejetée après examen au fond, elle ne peut être représentée qu'après un nouveau délai de trois années.

Article L146-4

I. - Tout praticien qui contrevient aux décisions de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section disciplinaire du Conseil national de l'ordre ou de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes ou des pharmaciens, en donnant des soins ou en servant des prestations à un assuré social alors qu'il est privé du droit de le faire, est tenu de rembourser à l'organisme de sécurité sociale le montant de toutes les prestations médicales, dentaires, pharmaceutiques ou autres que celui-ci a été amené à payer audit assuré social du fait des soins que le praticien a donnés ou des prescriptions qu'il a ordonnées.

II. - Tout pharmacien qui sert des prestations à un assuré social alors qu'il est privé du droit de le faire à la suite d'une décision de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section disciplinaire du Conseil national de l'ordre ou de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des pharmaciens est tenu de rembourser à l'organisme de sécurité sociale toutes les sommes versées du fait des ordonnances exécutées.

Article L146-5

Les décisions rendues par les sections des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins, du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou du Conseil national de l'ordre des sages-femmes et du Conseil national de l'ordre des pharmaciens ne sont susceptibles de recours que devant le Conseil d'Etat, par la voie du recours en cassation.

Section 2 : Organisation des juridictions

Article L146-6

La section des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance est une juridiction. Elle est présidée par un membre du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel désigné par le vice-président du Conseil d'Etat. Le cas échéant, deux présidents suppléants peuvent être nommés dans les mêmes conditions.

Elle comprend un nombre égal d'assesseurs, membres, selon le cas, de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes, de l'ordre des sages-femmes, de l'ordre des pharmaciens et d'assesseurs représentant l'organisme de sécurité sociale, dont un praticien conseil. Ces derniers sont nommés par le président du tribunal administratif dans le ressort territorial duquel se trouve le siège de la section. Les assesseurs membres de l'ordre sont désignés par les chambres disciplinaires en leur sein.

Article L146-7

La section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins est présidée par un conseiller d'Etat, nommé en même temps qu'un ou plusieurs conseillers d'Etat suppléants par le garde des sceaux, ministre de la justice. Elle comprend un nombre égal d'assesseurs membres de l'ordre et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale. Ces derniers sont nommés par l'autorité compétente de l'Etat sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les sections des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes et du Conseil national de l'ordre des sages-femmes sont présidées par le conseiller d'Etat qui préside la formation disciplinaire de chacun de ces conseils. Elles comprennent un nombre égal d'assesseurs membres de l'ordre et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale, dont au moins un praticien conseil. Ces derniers sont nommés par l'autorité compétente de l'Etat sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les assesseurs membres de l'ordre des médecins sont désignés par le conseil national parmi les membres et anciens membres des conseils de l'ordre.

Les assesseurs membres de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes sont nommés par le conseil national de chacun de ces ordres en son sein.

La section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des pharmaciens est présidée par le conseiller d'Etat siégeant audit conseil et, d'une part, deux assesseurs pharmaciens proposés par ce conseil et choisis en son sein, d'autre part, deux assesseurs proposés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, l'un membre d'un conseil de caisse ou agent de direction, l'autre pharmacien conseil. Les assesseurs sont nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 3 : Procédure

Article L146-8

La procédure devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et devant la section des assurances sociales du conseil national de discipline est contradictoire.

Article L146-9

Le président de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance

et le président de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des pharmaciens peuvent, par ordonnance, donner acte des désistements, constater qu'il n'y a pas lieu de statuer sur une requête et rejeter les conclusions entachées d'une irrecevabilité manifeste non susceptible d'être couverte en cours d'instance.

Partie législative

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

Titre 5 : Contrôles

Chapitre 1er : Dispositions applicables au régime général, aux régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 et à certains régimes de travailleurs non-salariés des professions non-agricoles.

Article L151-1

Les décisions des conseils ou des conseils d'administration des caisses primaires d'assurance maladie, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail des travailleurs salariés, des caisses d'allocations familiales et des unions de recouvrement sont soumises au contrôle de l'autorité compétente de l'Etat.

L'autorité compétente de l'Etat peut annuler ces décisions lorsqu'elles sont contraires à la loi. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'exercice de ce contrôle de légalité, notamment les règles de communication des décisions, les conditions de délai imparties à l'autorité compétente pour en prononcer l'annulation, la procédure selon laquelle elles peuvent être provisoirement suspendues et les modalités d'intervention des organismes nationaux.

L'autorité compétente de l'Etat peut également suspendre, dans un délai déterminé, les décisions d'un conseil ou d'un conseil d'administration qui lui paraissent de nature à compromettre l'équilibre financier des risques. Si elle maintient sa décision, la caisse intéressée saisit la caisse nationale compétente. Cette décision demeure suspendue tant que le conseil ou le conseil d'administration de la caisse nationale ne l'a pas explicitement confirmée ou infirmée et que sa délibération n'est pas devenue définitive conformément à l'article L. 226-4.

Des décrets en Conseil d'Etat déterminent les conditions d'application du présent article, aux régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 et aux organismes du régime social des indépendants.

Chapitre 2 : Dispositions applicables au régime d'assurance vieillesse des professions libérales et des avocats et aux régimes de la protection

sociale agricole du code rural.

Section 1 : Dispositions communes.

Article L152-1

Les décisions des conseils d'administration des organismes d'assurance vieillesse des professions libérales et des avocats des organismes mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime et de l'organisme mentionné à l'article L. 382-12 du présent code sont soumises au contrôle de l'Etat dans les conditions fixées au présent chapitre.

L'autorité compétente de l'Etat peut annuler ces décisions lorsqu'elles sont contraires à la loi ou de nature à compromettre l'équilibre financier de la caisse.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'exercice du contrôle prévu au premier alinéa et notamment les règles de communication des décisions, les conditions de délai imparties à l'autorité compétente pour prononcer l'annulation et la procédure de suspension provisoire des décisions des organismes.

Des décrets en Conseil d'Etat peuvent, en ce qui concerne les organismes de mutualité sociale agricole, apporter les adaptations nécessaires à ces dispositions.

Section 2 : Dispositions applicables au régime d'assurance vieillesse des professions libérales.

Section 3 : Dispositions applicables aux régimes de la protection sociale agricole du code rural.

Chapitre 3 : Contrôle des budgets - Contrôles divers.

Article L153-1

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent au régime général, aux régimes de protection sociale agricole et au régime social des indépendants ainsi que, sous réserve d'adaptations par décret en Conseil d'Etat, au régime de base de l'Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales. Elles sont également applicables au régime d'assurance vieillesse de base des avocats. Elles ne sont pas applicables à la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes et à la Caisse des Français de l'étranger ; les budgets de ces derniers organismes ou régimes demeurent soumis à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, qui exercent, dans ce cas, les attributions dévolues à l'organisme national par les articles L.

153-4 et L. 153-5.

Les dispositions du présent chapitre sont applicables au régime de la sécurité sociale dans les mines, ainsi que, sous réserve d'adaptations introduites par un décret en Conseil d'Etat, aux autres régimes spéciaux de sécurité sociale mentionnés au titre Ier du livre VII. Dans ce cas, les attributions dévolues à l'organisme national par les articles L. 153-2, L. 153-4 et L. 153-5 sont exercées conjointement par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Article L153-2

Les budgets des organismes de base ainsi que des établissements qu'ils gèrent sont soumis à l'approbation de leur organisme national de rattachement. Toutefois, les budgets des établissements relevant de la compétence tarifaire de l'Etat demeurent soumis à l'approbation de l'autorité compétente de l'Etat.

Article L153-3

Les budgets établis par les organismes à compétence nationale mentionnés aux articles L. 723-1 et L. 723-5 du code rural et de la pêche maritime sont approuvés par l'autorité compétente de l'Etat.

Article L153-4

Si les budgets prévus à l'article L. 153-2 n'ont pas été, selon le cas, votés, arrêtés ou délibérés par le conseil ou le conseil d'administration au 1er janvier de l'année à laquelle ils se rapportent, l'organisme national compétent peut établir d'office lesdits budgets. En cas de carence de ce dernier, l'autorité compétente de l'Etat procède elle-même à l'établissement d'office de ces budgets.

Article L153-5

Si le conseil ou le conseil d'administration d'un organisme de sécurité sociale omet ou refuse d'inscrire aux budgets prévus à l'article L. 153-2 un crédit suffisant pour le paiement des dépenses rendues obligatoires par des dispositions législatives ou réglementaires ou par des stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat, le crédit nécessaire est inscrit d'office au budget correspondant par décision de l'organisme national. En cas de carence de ce dernier, l'autorité compétente de l'Etat procède elle-même à cette inscription d'office.

Article L153-6

L'octroi par un organisme de sécurité sociale quelconque d'un avantage financier à un établissement, oeuvre ou institution dont la gestion n'est pas assujettie aux règles de la comptabilité

publique et quelle que soit sa nature juridique, peut faire l'objet de l'opposition de l'autorité compétente de l'Etat, dans les cas, dans les conditions et dans les délais fixés par décret.

Article L153-7

Les dispositions de l'article L. 281-2 peuvent être rendues applicables, avec, éventuellement, les adaptations nécessaires, par décrets en Conseil d'Etat, à tout organisme de sécurité sociale jouissant de la personnalité civile et soumis au contrôle de la Cour des comptes en application des dispositions des articles L. 154-1 et L. 154-2.

Article L153-8

Le conseil ou les conseils d'administration des organismes nationaux des régimes mentionnés à l'article L. 153-1 peuvent fixer, pour une durée de trois ans, les règles et les modalités d'évolution de leurs dépenses budgétaires. Ces délibérations sont soumises à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article L153-9

Les schémas directeurs informatiques des organismes de sécurité sociale mentionnés au deuxième alinéa du présent article sont soumis à l'approbation de l'autorité compétente de l'Etat.

Ces dispositions sont applicables, dans des conditions définies par décret, aux organismes du régime général, aux organismes de mutualité sociale agricole et aux organismes des régimes des travailleurs non-salariés des professions non-agricoles relevant du livre VI.

Chapitre 3 bis : Contrôle a posteriori et évaluation

Article L153-10

L'autorité compétente de l'Etat exerce sur les organismes de sécurité sociale un contrôle destiné à évaluer l'efficacité de l'action de ces organismes et à mesurer leurs résultats au regard des objectifs fixés par eux-mêmes et par l'Etat.

Chapitre 4 : Contrôle de la Cour des comptes.

Article L154-1

Les organismes de la sécurité sociale sont soumis au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions et selon les modalités qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L154-2

Les dispositions de l'article précédent sont applicables en France métropolitaine et dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 à tous les organismes de droit privé jouissant de la personnalité civile ou de l'autonomie financière et assurant en tout ou partie la gestion d'un régime légalement obligatoire d'assurance contre la maladie, la maternité, la vieillesse, l'invalidité, le décès, les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de prestations familiales, ainsi qu'aux unions ou fédérations desdits organismes.

Partie législative

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

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 1er : Dispositions relatives aux prestations

Section 1 : Bénéficiaires

Sous-section 1 : Dispositions communes.

Article L161-1-1

Par dérogation aux dispositions en vigueur, l'exercice de leur nouvelle activité par les personnes mentionnées aux 1° à 9° de l'article L. 351-24 du code du travail qui bénéficient de l'aide à la création ou reprise d'entreprise instituée par ledit article ouvre droit, pour une période et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixés par décret, à l'exonération des cotisations dues aux régimes d'assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d'allocations familiales auxquels elles sont affiliées en raison de l'exercice de cette activité et aux prestations servies par ces régimes. La durée de l'exonération, totale ou partielle, peut être prolongée dans des conditions et limites fixées par décret lorsque l'entreprise créée ou reprise entre dans le champ de l'article 50-0 du code général des impôts. Il en va de même lorsque les personnes mentionnées au premier alinéa ont opté pour le régime prévu à l'article 102 ter du même code.

L'exonération prévue à l'alinéa précédent porte :

1° Sur les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié et afférentes à la fraction des rémunérations versées au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de salariés ;

2° Sur les cotisations dues au titre de l'activité exercée au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de non-salariés.

L'exonération doit être demandée par l'employeur dans le cas mentionné au 1° et par le non-salarié dans le cas mentionné au 2°.

L'exonération dont bénéficient les personnes mentionnées aux 8° et 9° de l'article L. 351-24 du code du travail ainsi que la prolongation de la durée d'exonération prévue au premier alinéa du présent article ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

Article L161-1-2

Par dérogation aux dispositions en vigueur, la création ou la reprise d'une entreprise, au sens de l'article L. 351-24 du code du travail, ouvre droit pour les créateurs ou repreneurs, au titre des douze premiers mois d'exercice de cette activité et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations, à l'exonération des cotisations dues aux régimes d'assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d'allocations familiales auxquels ils sont affiliés en raison de l'exercice de cette activité et aux prestations servies par ces régimes lorsqu'ils exercent simultanément une ou plusieurs activités salariées soumises à l'obligation prévue par l'article L. 351-4 du code du travail et qui ont débuté avant cette création ou cette reprise.

Cette exonération porte :

1° Sur les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié et afférentes à la fraction des rémunérations versées au cours de la période d'exonération, si les intéressés relèvent d'un régime de salariés ;

2° Sur les cotisations dues au titre de l'activité exercée au cours de la période d'exonération, si les intéressés relèvent d'un régime de non-salariés.

L'exonération doit être demandée par l'employeur dans le cas mentionné au 1° et par le non-salarié dans le cas mentionné au 2°.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article. Il prévoit notamment le plafond de revenu et le nombre minimum d'heures d'activité salariée ou leur durée équivalente ou assimilée qui, d'une part, doit avoir été effectué préalablement à la création ou reprise de l'entreprise, d'autre part, devra l'être pendant les douze mois suivants.

Cette exonération ne pourra être obtenue pour une nouvelle création ou reprise d'entreprise intervenant moins de trois ans après la précédente.

Article L161-1-3

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 133-6-8, lorsque les créateurs ou repreneurs d'entreprise bénéficient de l'exonération prévue à l'article L. 161-1-1 et relèvent des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts :

1° Les dispositions de l'article L. 133-6-8 du présent code leur sont appliquées sans demande préalable ;

2° En cas de dépassement des seuils prévus aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts, les travailleurs indépendants cessent de bénéficier de l'exonération de cotisations de sécurité sociale prévue à l'article L. 161-1-1 du présent code, et les cotisations dues au titre de la part du chiffre

d'affaires excédant lesdits seuils font l'objet d'une régularisation émise par l'organisme chargé du calcul et de l'encaissement des cotisations sociales ;

3° Un décret prévoit les modalités de mise en œuvre du présent article.

Article L161-1-4

Les organismes de sécurité sociale demandent, pour le service d'une prestation ou le contrôle de sa régularité, toutes pièces justificatives utiles pour vérifier l'identité du demandeur ou du bénéficiaire d'une prestation ainsi que pour apprécier les conditions du droit à la prestation, notamment la production d'avis d'imposition ou de déclarations déposées auprès des administrations fiscales compétentes. Les organismes peuvent se dispenser de ces demandes lorsqu'ils sont en mesure d'effectuer des contrôles par d'autres moyens mis à leur disposition.

Les organismes de sécurité sociale peuvent notamment se dispenser de solliciter la production de pièces justificatives par le demandeur ou le bénéficiaire d'une prestation lorsqu'ils peuvent obtenir directement les informations ou pièces justificatives nécessaires auprès des personnes morales de droit public ou des personnes morales de droit privé gérant un service public compétentes, notamment par transmission électronique de données. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces transmissions, notamment en vue de garantir l'authenticité et la fiabilité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et pièces justificatives échangées au titre d'une prestation sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au service de la prestation concernée.

Sauf cas de force majeure, la non-présentation par le demandeur de pièces justificatives, la présentation de faux documents ou de fausses informations ou l'absence réitérée de réponse aux convocations d'un organisme de sécurité sociale entraînent la suspension, selon le cas, soit du délai d'instruction de la demande pendant une durée maximale fixée par décret, soit du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées ou la réponse à la convocation adressée.

Pour le service des prestations sous condition de ressources, l'appréciation des ressources prend en compte les prestations et ressources d'origine française, étrangère ou versées par une organisation internationale. Afin de permettre l'appréciation de ressources d'origine étrangère, le demandeur doit produire tout renseignement ou pièce justificative utile à l'identification de sa situation fiscale et sociale dans le pays dans lequel il a résidé à l'étranger au cours des douze mois précédant sa demande ou dans lequel il continue à percevoir des ressources. Un décret en Conseil d'Etat prévoit les conditions dans lesquelles la vérification de l'exactitude des déclarations relatives aux revenus de source étrangère peut être confiée à un ou plusieurs organismes du régime général de sécurité sociale agissant pour le compte de l'ensemble des régimes. Les dispositions de l'article L. 114-11 sont applicables à cette vérification.

Article L161-1-5

Pour le recouvrement d'une prestation indûment versée et sans préjudice des articles L. 133-4 du présent code et L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le directeur d'un organisme de sécurité sociale peut, dans les délais et selon les conditions fixés par voie réglementaire, délivrer

une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant la juridiction compétente, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

Article L161-1-6

Les organismes et services chargés de la gestion des régimes de retraite de base et complémentaires légaux ou rendus légalement obligatoires communiquent par voie électronique les informations nécessaires à la détermination du droit au bénéfice des prestations de retraite, au maintien des droits et, s'il y a lieu, au calcul de ces dernières, notamment pour la mise en œuvre de l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, des articles L. 173-2, L. 353-1, L. 353-6, L. 815-1 et L. 815-24 du présent code et L. 732-51-1 et L. 732-54-3 du code rural et de la pêche maritime. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. Ce décret peut, aux mêmes fins, prévoir la création d'un répertoire national.

Article L161-1-7

Il est créé un répertoire de gestion des carrières unique pour lequel les régimes de retraite de base légalement obligatoires et les services de l'Etat chargés de la liquidation des pensions adressent de manière régulière à la caisse nationale mentionnée à l'article L. 222-1 l'ensemble des informations concernant la carrière de leurs assurés. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Sous-section 2 : Assurances maladie-maternité-décès.

Article L161-2

Les conditions de durée minimale d'immatriculation ou d'affiliation exigées pour percevoir les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité sont supprimées dans tous les régimes obligatoires.

Pour le travailleur salarié entrant dans un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, la condition d'un montant minimum de cotisations ou d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé exigé pour percevoir ces prestations en nature de l'assurance maladie et maternité est suspendue pendant un délai s'ouvrant au moment de cette entrée et dont la durée est fixée par décret en Conseil d'Etat.

Article L161-2-1

Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai, au titre de l'article L. 380-1, au régime général sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière, et bénéficie immédiatement des prestations en nature de ce régime. La caisse saisit ensuite, s'il y a lieu, l'organisme compétent pour affilier la personne en cause au régime dont elle relève.

Les services sociaux ou les associations et organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département, ainsi que les établissements de santé, apportent leur concours aux intéressés dans leur demande d'affiliation et sont habilités à transmettre les documents afférents à l'organisme compétent avec l'accord de l'intéressé.

Les personnes sans domicile stable doivent élire domicile dans les conditions prévues au chapitre IV du titre VI du livre II du code de l'action sociale et des familles. Dans le but de simplifier les démarches des intéressés, les organismes de sécurité sociale concernés et le département sont informés par l'organisme agréé des décisions d'attribution ou de retrait des attestations d'élection de domicile mentionnées à l'article L. 264-2 du même code, dans des conditions définies par décret.

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

Article L161-3

L'assurance maternité est attribuée dans les mêmes conditions d'un montant minimum de cotisations ou de durée minimale de travail salarié que l'assurance maladie, la date de référence étant celle du début, soit de la grossesse, soit du repos prénatal.

Article L161-4

L'inobservation des procédures et réglementations ouvrant droit aux prestations des régimes de l'assurance maladie et maternité ne fait pas perdre le bénéfice de ces prestations quand il est reconnu, dans des conditions fixées par décret, qu'elle est totalement indépendante de la volonté de l'intéressé, en particulier quand elle est due à son état de santé.

Article L161-5

Le titulaire, soit d'une pension ou rente de vieillesse, soit d'une pension de réversion qui n'exerce aucune activité professionnelle a droit et ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maternité, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 351-9.

Article L161-6

Par dérogation à la législation en vigueur, l'assuré social ou ses ayants droit, qui a des droits ouverts dans plusieurs régimes d'assurance vieillesse continue, sauf demande contraire expresse de sa part, de relever du régime d'assurance maladie et maternité auquel il est rattaché depuis une durée fixée par décret en conseil d'Etat au moment de la cessation de son activité professionnelle ou de

l'ouverture de ses droits à pension de réversion.

Article L161-7

Les rapatriés, anciens salariés, ayant dépassé un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, qui ne se livrent à aucune activité professionnelle, ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 311-9.

Les prestations sont servies par les caisses des régimes auxquels les intéressés auraient été rattachés si leur dernière activité professionnelle avant leur retour avait été exercée en France.

Article L161-8

Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés, bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès pendant des périodes qui peuvent être différentes selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces.

Les périodes mentionnées à l'alinéa précédent s'appliquent également aux autres régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. Toutefois, si pendant ces périodes, l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, le droit aux prestations du régime auquel il était rattaché antérieurement est supprimé.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui ne résident pas en France au sens du présent code.

Article L161-9

Les personnes bénéficiaires du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant prévu à l'article L. 531-4 du titre III du livre V du code de la sécurité sociale, ou du congé parental d'éducation prévu à l'article L. 122-28-1 du code du travail, conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de leur régime d'origine aussi longtemps qu'ils bénéficient de ce complément ou de ce congé. En cas de reprise du travail, les personnes susmentionnées retrouvent leurs droits aux prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, pendant une période fixée par décret.

En cas de non-reprise du travail à l'issue du congé parental d'éducation, en raison d'une maladie ou d'une nouvelle maternité, les personnes retrouvent leurs droits aux prestations en nature et en espèces du régime antérieur au congé parental d'éducation dont elles relevaient. Ces dispositions s'appliquent pendant la durée de l'arrêt de travail pour cause de maladie ou du congé légal de

maternité postérieur au congé parental.

Lors de la reprise du travail à l'issue du congé de maladie ou de maternité, les personnes susmentionnées retrouvent leurs droits aux prestations pendant une période fixée par décret.

Article L161-9-2

Lorsqu'une personne bénéficie, successivement et sans interruption d'un congé parental d'éducation ou du complément prévu au 3° de l'article L. 531-1 et d'un congé de présence parentale ou de l'allocation journalière de présence parentale, ou inversement, elle retrouve, en cas de reprise d'activité, ses droits aux prestations acquis antérieurement au bénéfice du congé parental d'éducation ou dudit complément dans les conditions prévues à l'article L. 161-9.

Article L161-9-3

Les personnes bénéficiaires du congé prévu à l'article L. 3142-16 du code du travail, au 9° de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, au 10° de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, au 9° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et à l'article L. 4138-6 du code de la défense conservent leurs droits aux prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de leur régime d'origine aussi longtemps qu'elles bénéficient de ce congé.

Les personnes ayant bénéficié de ces dispositions conservent leurs droits aux prestations en nature et en espèces d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès auprès du régime obligatoire dont elles relevaient avant et pendant ce congé, dans les situations suivantes :

- 1° Lors de la reprise de leur travail à l'issue du congé ;
- 2° En cas de non-reprise du travail à l'issue du congé, en raison d'une maladie ou d'une maternité ;
- 3° Lors de la reprise du travail à l'issue du congé de maladie ou de maternité.

Les périodes pendant lesquelles les bénéficiaires conservent leurs droits sont fixées par décret et sont applicables, sans préjudice des dispositions de l'article L. 161-8 du présent code.

Article L161-10

La personne qui accomplit le service national a droit, pour les membres de sa famille, au bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime obligatoire d'assurances maladie et maternité dont elle relevait au moment de son départ ou, à défaut, du régime général de sécurité sociale.

Article L161-11

Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 161-8 et à toutes dispositions contraires, la personne libérée du service national, si elle ne bénéficie pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre, bénéficie pour elle-même et ses ayants droit des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du régime obligatoire, dont elle relevait au moment de son départ ou, à défaut, du régime général, pendant une période dont la durée, à compter de la date de la libération, est fixée par décret en Conseil d'Etat.

Article L161-13

Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 161-8 et à toutes dispositions contraires, les détenus libérés, s'ils ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre, bénéficient pour eux-mêmes et leurs ayants droit des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du régime obligatoire dont ils relevaient avant leur détention, ou, à défaut, du régime général, pendant une période dont la durée, à compter de la date de la libération, est fixée par décret en Conseil d'Etat.

Article L161-13-1

Les personnes ayant relevé des dispositions de l'article L. 381-30 retrouvent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, à l'issue de leur incarcération, pour la détermination des conditions d'attribution des prestations en espèces, le bénéfice des droits ouverts dans le régime dont elles relevaient avant la date de leur incarcération, augmenté, le cas échéant, des droits ouverts pendant la période de détention provisoire. Ce décret fixe notamment la durée maximale d'incarcération ouvrant droit au bénéfice de ces dispositions et la durée de maintien des droits aux prestations en espèces pour les personnes n'ayant pas repris d'activité professionnelle à la fin de leur incarcération.

Article L161-14

La personne qui vit maritalement avec un assuré social, et qui se trouve à sa charge effective, totale et permanente, a, à condition d'en apporter la preuve, la qualité d'ayant droit de l'assuré pour l'ouverture du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité. Il en est de même de la personne liée à un assuré social par un pacte civil de solidarité lorsqu'elle ne peut bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre.

La personne non visée par le premier alinéa du présent article et par les articles L. 313-3 et L. 381-4, qui vit depuis une durée fixée par décret en Conseil d'Etat avec un assuré social, et se trouve à sa charge effective, totale et permanente, a, à condition d'en apporter la preuve dans des

conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, la qualité d'ayant droit de l'assuré pour l'ouverture du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité.

L'alinéa précédent ne peut s'appliquer qu'à une seule personne remplissant ces conditions par assuré social.

Article L161-14-1

L'enfant ayant droit d'un assuré social en vertu des 2° et 3° de l'article L. 313-3, qui a atteint l'âge de seize ans peut demander, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, à être identifié de façon autonome au sein du régime dudit assuré social et à bénéficier à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de ce régime. Toutefois, cette identification et ce remboursement à titre personnel sont obligatoires pour l'enfant ayant droit d'un assuré social en vertu des 2° et 3° de l'article L. 313-3, qui a atteint l'âge de seize ans poursuivant des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381-4.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 313-3 et à l'article L. 161-14 sont identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré et perçoivent à titre personnel les prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, à la diligence et sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré. Ces personnes ou établissements perçoivent pour le compte de l'assuré les prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Article L161-15

Les ayants droit de l'assuré décédé, s'ils ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre, continuent à bénéficier, pendant une période dont la durée est fixée par décret en Conseil d'Etat, des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie et maternité dont l'assuré relevait au moment du décès. Cette durée est prolongée jusqu'à ce que le dernier enfant à charge ait atteint un âge fixé par décret en Conseil d'Etat.

La personne divorcée qui ne bénéficie pas, à un autre titre, de l'assurance maladie et maternité continue à bénéficier, pour elle-même et les membres de sa famille qui sont à sa charge, pendant une période dont la durée est fixée par décret en Conseil d'Etat, des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie et maternité dont elle relevait à titre d'ayant droit au moment de la mention du divorce en marge de l'acte de mariage ou de la transcription du jugement de divorce. Cette durée est prolongée jusqu'à ce que le dernier enfant à charge ait atteint un âge fixé par décret en Conseil d'Etat.

A l'expiration des périodes de maintien de droits prévues aux premier et deuxième alinéas,

lorsqu'elles ont ou ont eu à leur charge au sens de l'article L. 313-3 un nombre d'enfants fixé par décret en Conseil d'Etat, les personnes visées aux deux premiers alinéas qui ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre sont obligatoirement affiliées au régime général de sécurité sociale en ce qui concerne la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité.

Le conjoint séparé de droit ou de fait, ayant droit de son époux, qui se trouve, du fait du défaut de présentation par celui-ci des justifications requises, dans l'impossibilité d'obtenir, pour lui-même ou les membres de sa famille à sa charge, les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie et maternité dont il relève, dispose d'une action directe en paiement de ces prestations dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

A l'expiration du délai fixé en application du deuxième alinéa du présent article, le bénéfice de l'action directe est également accordé, en tant que de besoin, à la personne divorcée au profit des ayants droit de l'autre personne divorcée, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L161-15-1

Une personne ne peut perdre le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité que si elle cesse de remplir la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1 ou si elle est présumée absente dans les conditions prévues par l'article 112 du code civil.

Article L161-15-2

Si une personne relève d'un régime d'assurance maladie autre que celui au titre duquel les prestations sont servies, l'organisme qui les sert ne peut les interrompre tant que l'organisme compétent ne s'est pas substitué à lui ; il les garde à sa charge jusqu'à cette date.

Article L161-15-3

Par dérogation à toutes dispositions contraires, les enfants de parents tous deux assurés d'un régime d'assurance maladie et maternité peuvent être rattachés en qualité d'ayant droit à chacun des deux parents.

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

Article L161-15-4

Toute personne qui cesse de bénéficier des droits aux prestations à l'assurance maladie en application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 161-8 ou de l'article L. 380-1 est tenue d'en informer, dans un délai fixé par arrêté, l'organisme d'assurance maladie auquel elle est rattachée ainsi que de restituer la carte électronique individuelle interrégimes mentionnée à l'article L. 161-31 qui lui a été délivrée.

En cas de manquement aux obligations fixées à l'alinéa précédent, il est fait application des dispositions de l'article L. 162-1-14.

Sous-section 3 : Assurance invalidité.

Article L161-16

Les assurés sociaux, anciens déportés ou internés, titulaires de la carte de déporté ou interné de la Résistance ou de la carte de déporté ou interné politique, dont la pension militaire d'invalidité a été accordée pour un taux d'invalidité global déterminé, qui cessent toute activité professionnelle sont présumés atteints, s'ils ont atteint un âge minimum, d'une invalidité les rendant absolument incapables d'exercer une profession quelconque.

La pension d'invalidité qui leur est accordée, sur leur demande, en application de ces dispositions au titre du régime d'assurance invalidité dont ils relèvent, peut être cumulée sans limitation de montant avec la pension militaire d'invalidité.

Article L161-16-1

Pour l'attribution d'un avantage d'invalidité, la personne de nationalité étrangère résidant en France doit justifier de la régularité de son séjour en France par la production d'un titre ou document figurant sur une liste fixée par décret.

Sous-section 4 : Assurance vieillesse

Paragraphe 1er A : Objectifs de l'assurance vieillesse

Article L161-17 A

La Nation réaffirme solennellement le choix de la retraite par répartition au cœur du pacte social qui unit les générations.

Tout retraité a droit à une pension en rapport avec les revenus qu'il a tirés de son activité.

Les assurés doivent pouvoir bénéficier d'un traitement équitable au regard de la retraite, quels que soient leur sexe, leurs activités professionnelles passées et le ou les régimes dont ils relèvent.

Le système de retraite par répartition poursuit les objectifs de maintien d'un niveau de vie satisfaisant des retraités, de lisibilité, de transparence, d'équité intergénérationnelle, de solidarité intragénérationnelle, de pérennité financière, de progression du taux d'emploi des personnes de plus de cinquante-cinq ans et de réduction des écarts de pension entre les hommes et les femmes.

Paragraphe 1 : Information des assurés.

Article L161-17

Dans l'année qui suit la première année au cours de laquelle il a validé une durée d'assurance d'au moins deux trimestres dans un des régimes de retraite légalement obligatoires, l'assuré bénéficie d'une information générale sur le système de retraite par répartition, notamment sur les règles d'acquisition de droits à pension et l'incidence sur ces derniers des modalités d'exercice de son activité et des événements susceptibles d'affecter sa carrière. Cette information rappelle la possibilité, prévue par l'article L. 241-3-1, en cas d'emploi à temps partiel ou en cas d'emploi dont la rémunération ne peut être déterminée selon un nombre d'heures travaillées, de maintenir à la hauteur du salaire correspondant au même emploi exercé à temps plein l'assiette des cotisations destinées à financer l'assurance vieillesse. Les conditions d'application du présent alinéa sont définies par décret.

Les assurés, qu'ils résident en France ou à l'étranger, bénéficient à leur demande, à partir de quarante-cinq ans et dans des conditions fixées par décret, d'un entretien portant notamment sur les droits qu'ils se sont constitués dans les régimes de retraite légalement obligatoires, sur les perspectives d'évolution de ces droits, compte tenu des choix et des aléas de carrière éventuels, sur les possibilités de cumuler un emploi et une retraite, tels que des périodes d'étude ou de formation, de chômage, de travail pénible, d'emploi à temps partiel, de maladie, d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou de congé maternité, ainsi que sur les dispositifs leur permettant d'améliorer le montant futur de leur pension de retraite.

Cet entretien s'appuie sur les éléments d'information permettant d'éclairer les conséquences, en matière de retraite, des choix professionnels, en particulier en cas d'expatriation.

En amont de tout projet d'expatriation, l'assuré bénéficie à sa demande d'une information, par le biais d'un entretien, sur les règles d'acquisition de droits à pension, l'incidence sur ces derniers de l'exercice de son activité à l'étranger et sur les dispositifs lui permettant d'améliorer le montant futur de sa pension de retraite. Une information est également apportée au conjoint du futur expatrié. Les conditions d'application du présent alinéa sont définies par décret.

Lors de cet entretien, l'assuré se voit communiquer des simulations du montant potentiel de sa future pension, selon qu'il décide de partir en retraite à l'âge d'ouverture du droit à pension de retraite mentionné à l'article L. 161-17-2 ou à l'âge du taux plein mentionné au 1° de l'article L. 351-8. Ces simulations sont réalisées à législation constante et sur la base d'hypothèses économiques et d'évolution salariale fixées chaque année par le groupement d'intérêt public mentionné au neuvième alinéa du présent article. Les informations et données transmises aux assurés lors de l'entretien n'engagent pas la responsabilité des organismes et services en charge de

les délivrer.

Toute personne a le droit d'obtenir, dans des conditions précisées par décret, un relevé de sa situation individuelle au regard de l'ensemble des droits qu'elle s'est constitués dans les régimes de retraite légalement obligatoires.

Les régimes de retraite légalement obligatoires et les services de l'Etat chargés de la liquidation des pensions sont tenus d'adresser périodiquement, à titre de renseignement, un relevé de la situation individuelle de l'assuré au regard de l'ensemble des droits qu'il s'est constitués dans ces régimes. Un relevé actualisé est communiqué à tout moment à l'assuré par voie électronique, lorsque celui-ci en fait la demande. Les conditions d'application du présent alinéa sont définies par décret.

Dans des conditions fixées par décret, à partir d'un certain âge et selon une périodicité déterminée par le décret susmentionné, chaque personne reçoit, d'un des régimes auquel elle est ou a été affiliée, une estimation indicative globale du montant des pensions de retraite auxquelles les durées d'assurance, de services ou les points qu'elle totalise lui donnent droit, à la date à laquelle la liquidation pourra intervenir, eu égard aux dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur. Cette estimation indicative globale est accompagnée d'une information sur les dispositifs mentionnés aux articles L. 161-22, L. 351-15 et L. 241-3-1. Cette estimation est effectuée quel que soit l'âge de l'assuré si celui-ci est engagé dans une procédure de divorce ou de séparation de corps.

Afin d'assurer les droits prévus aux alinéas précédents aux futurs retraités, il est institué un groupement d'intérêt public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière composé de l'ensemble des organismes assurant la gestion des régimes mentionnés au premier alinéa ainsi que des services de l'Etat chargés de la liquidation des pensions en application du code des pensions civiles et militaires de retraite. Les dispositions du chapitre II de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit sont applicables à ce groupement d'intérêt public. La mise en oeuvre progressive des obligations définies par le présent article sera effectuée selon un calendrier défini par décret en Conseil d'Etat.

Pour la mise en oeuvre des droits prévus aux huit premiers alinéas, les membres du groupement mettent notamment à la disposition de celui-ci, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, les durées d'assurance et périodes correspondantes, les salaires ou revenus non salariés et le nombre de points pris en compte pour la détermination des droits à pension de la personne intéressée.

Pour assurer les services définis au présent article, les organismes mentionnés au présent article sont autorisés à collecter et conserver le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques des personnes concernées, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Article L161-17-1

En vue d'améliorer la connaissance statistique sur les effectifs de retraités et les montants des retraites et de faciliter la coordination entre les régimes de retraite en matière de service des prestations, notamment au regard des cotisations et contributions sociales, il est créé un répertoire national des retraites et des pensions.

A cette fin, les organismes gérant les régimes de retraite mentionnés au présent titre et au titre II du livre IX, les débiteurs d'avantages de vieillesse non contributifs ou d'avantages gérés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code et les organismes gérant les régimes d'assurance

invalidité communiquent à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés lors de la liquidation des avantages de retraite, les informations sur la nature des avantages servis, ainsi que les informations strictement nécessaires à l'identification des assurés et de leurs ayants droit, et à la détermination de leurs droits.

Le numéro d'identification au répertoire national d'identification des personnes physiques est utilisé dans les traitements et les échanges d'informations nécessaires à l'application de ces dispositions par les organismes débiteurs des avantages mentionnés au deuxième alinéa du présent article.

Le contenu et les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire ainsi que les dispositions prévues pour assurer la sécurité des informations sont fixés par décret en Conseil d'Etat après consultation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Paragraphe 2 : Ouverture du droit et liquidation.

Article L161-17-2

L'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1 du présent code, à l'article L. 732-18 du code rural et de la pêche maritime, au 1° du I de l'article L. 24 et au 1° de l'article L. 25 du code des pensions civiles et militaires de retraite est fixé à soixante-deux ans pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1955.

Cet âge est fixé par décret dans la limite de l'âge mentionné au premier alinéa pour les assurés nés avant le 1er janvier 1955 et, pour ceux nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1954, de manière croissante :

1° A raison de quatre mois par génération pour les assurés nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1951 ;

2° A raison de cinq mois par génération pour les assurés nés entre le 1er janvier 1952 et le 31 décembre 1954.

Article L161-18

Pour la liquidation des droits à l'assurance vieillesse, l'appréciation de l'inaptitude au travail dans les conditions prévues à l'article L. 351-7 du présent code par un régime d'assurance vieillesse de salariés ou un régime de non-salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales est valable à l'égard de l'un ou l'autre des régimes en cause.

Cette disposition est applicable au régime des non-salariés des professions agricoles en ce qui concerne les assurés mentionnés à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-23 du code rural et de la pêche maritime.

Article L161-18-1

Pour l'attribution d'un avantage de vieillesse, la personne de nationalité étrangère résidant en France

doit justifier de la régularité de son séjour en France par la production d'un titre ou document figurant sur une liste fixée par décret.

Article L161-19

Toute période de service national légal, de mobilisation ou de captivité est, sans condition préalable, assimilée à une période d'assurance pour l'ouverture du droit et la liquidation des avantages vieillesse.

Article L161-19-1

Sont prises en compte, pour la détermination de la durée d'assurance visée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1, du I des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code, au premier alinéa du I de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite et à l'article L. 732-25 du code rural et de la pêche maritime, les périodes durant lesquelles l'assuré a été affilié à un régime obligatoire de pension d'une institution européenne ou d'une organisation internationale à laquelle la France est partie, dès lors qu'il est affilié à ce seul régime de retraite obligatoire.

Article L161-20

Des décrets fixent, nonobstant toute disposition législative contraire, les conditions dans lesquelles les périodes de détention provisoire sont prises en considération pour l'ouverture du droit à pension au titre des régimes législatifs ou réglementaires d'assurance vieillesse auxquels les articles L. 351-3 du présent code et L. 732-21 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas applicables. La situation des personnes en détention provisoire ne peut, en aucun cas, être plus favorable que celle qui est faite par ces différents régimes aux personnes en état de chômage involontaire.

Article L161-21

Les périodes de versement de l'indemnité de soins aux tuberculeux prévue à l'article L. 41 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, y compris celles au cours desquelles les intéressés ont été hospitalisés en raison de l'affection ayant justifié le service de cette indemnité, sont prises en considération pour l'ouverture et le calcul des droits à pension de vieillesse, dans des conditions et limites fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsqu'elles succèdent à des périodes d'assurance ou à des périodes validables au titre de l'article L. 161-19.

Ont la faculté de demander la validation des périodes mentionnées au premier alinéa du présent article, les personnes qui ont cessé de bénéficier de l'indemnité de soins aux tuberculeux ou leurs conjoints survivants.

Cette faculté leur est offerte quelle que soit la date d'entrée en jouissance de la pension.

Les rachats afférents aux périodes validées en application du premier alinéa du présent article, opérés en application de l'article L. 742-4, sont annulés et remboursés aux intéressés.

Les dispositions des premier, deuxième et troisième alinéas du présent article s'appliquent aux assurés des régimes d'assurance vieillesse d'origine législative ou réglementaire, dans le cadre des règles propres à chacun desdits régimes.

Paragraphe 3 : Service des pensions de vieillesse.

Article L161-22

Le service d'une pension de vieillesse prenant effet postérieurement au 31 mars 1983, liquidée au titre du régime général de sécurité sociale, du régime des salariés agricoles ou d'un régime spécial de retraite au sens de l'article L. 711-1 et dont l'entrée en jouissance intervient à compter d'un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, ou ultérieurement, est subordonné à la rupture de tout lien professionnel avec l'employeur ou, pour les assurés exerçant une activité non salariée relevant du ou desdits régimes, à la cessation de cette activité.

Les dispositions du premier alinéa ne font pas obstacle à la reprise d'une activité procurant des revenus qui, ajoutés aux pensions servies par les régimes mentionnés au premier alinéa ainsi que par les régimes complémentaires légalement obligatoires régis par le livre IX, sont inférieurs à 160 % du salaire minimum de croissance ou au dernier salaire d'activité perçu avant la liquidation de la ou desdites pensions et sous réserve que cette reprise d'activité, lorsqu'elle a lieu chez le dernier employeur, intervienne au plus tôt six mois après la date d'entrée en jouissance de la pension.

Lorsque l'assuré reprend une activité lui procurant des revenus qui, ajoutés aux pensions servies par les régimes mentionnés au premier alinéa ainsi que par les régimes complémentaires légalement obligatoires régis par le livre IX, sont supérieurs au plafond mentionné à l'alinéa précédent, il en informe la ou les caisses compétentes et le service de ces pensions est suspendu.

Par dérogation aux deux précédents alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :

- a) A partir de l'âge prévu au 1^o de l'article L. 351-8 ;
- b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa.

Les dispositions du premier alinéa ne font pas obstacle à l'exercice des activités suivantes :

1^o) activités entraînant affiliation au régime général de la sécurité sociale en application du 15^o de l'article L. 311-3 et de l'article L. 382-1 ainsi que les activités exercées par les artistes-interprètes

rattachés au régime mentionné au premier alinéa de l'article L. 622-5 ;

2°) activités à caractère artistique, littéraire ou scientifique, exercées accessoirement avant la liquidation de la pension de retraite ;

3°) participation aux activités juridictionnelles ou assimilées, consultations données occasionnellement, participation à des jurys de concours publics ou à des instances consultatives ou délibératives réunies en vertu d'un texte législatif ou réglementaire ;

4°) activités exercées par des personnes bénéficiant de l'article L. 634-6-1 ;

5°) activités d'hébergement en milieu rural réalisées avec des biens patrimoniaux ;

6°) des activités de parrainage définies à l'article L. 811-2 du code du travail ;

7°) activités correspondant à des vacances accomplies dans des établissements de santé ou dans des établissements ou services sociaux et médico-sociaux et à leur demande par des médecins ou infirmiers en retraite, dans la limite d'une durée et d'un plafond prévus par décret en Conseil d'Etat. Le dépassement du plafond entraîne une réduction à due concurrence de la pension de retraite. Cette possibilité de cumul n'est ouverte qu'à compter de l'âge légal ou réglementaire de départ à la retraite ;

8°) Activités de tutorat d'un ou de plusieurs salariés par un ancien salarié de l'entreprise exerçant, après la liquidation de sa pension, cette activité, à titre exclusif, auprès du même employeur sous le régime d'un contrat de travail à durée déterminée pour une durée maximale et dans la limite d'un montant de cumul fixés par décret. Ce décret détermine également les conditions d'ancienneté acquise dans l'entreprise que doit remplir l'intéressé ainsi que le délai maximum séparant son départ de l'entreprise et son retour dans celle-ci.

Les dispositions du premier alinéa ne sont pas opposables à l'assuré qui demande le bénéfice d'une pension au titre d'une retraite progressive prévue par des dispositions législatives ou réglementaires, notamment par les articles L. 351-15 du présent code et L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime.

Article L161-22-1

Le service des pensions de vieillesse dont bénéficient les salariés assujettis à la contribution de solidarité définie à l'article 4 de l'ordonnance n° 82-290 du 30 mars 1982 est suspendu à leur demande.

La suspension de l'ensemble de ces pensions exonère les intéressés et leurs employeurs du versement de cette contribution.

Paragraphe 4 : Pensions de réversion.

Article L161-23

Lorsqu'un conjoint survivant ou divorcé remarié n'est susceptible de bénéficier d'aucun droit à

pension de réversion du chef de son dernier conjoint, il recouvre le droit à pension de réversion du chef d'un précédent conjoint dont l'a privé son remariage, à condition que ce droit ne soit pas ouvert au profit d'un autre ayant cause.

Les dispositions ci-dessus sont applicables aux pensions de réversion prenant effet postérieurement au 14 juillet 1982.

Paragraphe 5 : Revalorisation des pensions de vieillesse.

Article L161-23-1

Le coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés sur lui est fixé, au 1er avril de chaque année, conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, par une commission dont la composition et les modalités d'organisation sont fixées par décret.

Si l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année considérée établie à titre définitif par l'Institut national de la statistique et des études économiques est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement du coefficient fixé au 1er avril de l'année suivante, égal à la différence entre cette évolution et celle initialement prévue.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa et sur proposition du Comité de pilotage des régimes de retraite, une correction au taux de revalorisation de l'année suivante peut être proposée au Parlement dans le cadre du plus prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Section 2 : Dispositions diverses.

Article L161-25

Un décret peut fixer les règles suivant lesquelles est arrondi à un chiffre voisin supérieur le montant des prestations servies en exécution d'une législation de sécurité sociale.

Article L161-25-1

Les personnes de nationalité étrangère ont droit et ouvrent droit aux prestations d'assurances maladie, maternité et décès si elles remplissent les conditions fixées par l'article L. 115-6 pour être affiliées à un régime de sécurité sociale.

Article L161-25-2

Les ayants droit de nationalité étrangère majeurs d'un assuré bénéficient des prestations d'assurances maladie, maternité et décès s'ils sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France.

Un décret fixe la liste des titres et documents attestant la régularité de leur résidence en France.

Article L161-25-3

La personne de nationalité étrangère titulaire d'une carte de séjour " retraité ", qui bénéficie d'une ou de plusieurs pensions rémunérant une durée d'assurance égale ou supérieure à quinze ans, appréciée selon des conditions fixées par décret, a droit aux prestations en nature de l'assurance maladie du régime de retraite dont elle relevait au moment de son départ de France, pour elle-même et son conjoint, lors de leurs séjours temporaires sur le territoire métropolitain et dans les départements d'outre-mer, si leur état de santé vient à nécessiter des soins immédiats.

Sous réserve des engagements internationaux souscrits par la France, une cotisation d'assurance maladie est prélevée, dans les conditions visées à l'article L. 131-9, sur l'ensemble des pensions des personnes de nationalité étrangère, dès lors que la condition d'assurance mentionnée à l'alinéa précédent est remplie.

Article L161-26

Les dispositions de l'article L. 355-3 sont étendues par décret aux bénéficiaires de tous régimes obligatoires d'assurance vieillesse ou invalidité.

Section 3 : Dispositions d'application.

Article L161-27

Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 161-1 à L. 161-7, L. 161-10 à L. 161-13, L. 161-15, L. 161-17 à L. 161-23-1.

Section 4 : Systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé

Article L161-28

Les caisses nationales des régimes d'assurance maladie ont pour mission de participer à la maîtrise de l'évolution des dépenses. A cette fin, elles prennent toutes mesures d'organisation et de coordination internes à ces régimes, notamment de collecte, de vérification et de sécurité des informations relatives à leurs bénéficiaires et aux prestations qui leur sont servies.

Article L161-28-1

Il est créé un système national d'information interrégimes de l'assurance maladie qui contribue :

1° A la connaissance des dépenses de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par circonscription géographique, par nature de dépenses, par catégorie de professionnels responsables de ces dépenses et par professionnel ou établissement ;

2° A la transmission en retour aux prestataires de soins d'informations pertinentes relatives à leur activité et leurs recettes, et s'il y a lieu à leurs prescriptions ;

3° A la définition, à la mise en oeuvre et à l'évaluation de politiques de santé publique.

Le système national d'information interrégimes est mis en place par les organismes gérant un régime de base d'assurance maladie. Ces derniers transmettent au système national d'information interrégimes de l'assurance maladie les données nécessaires.

Les modalités de gestion et de renseignement du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie, définies conjointement par protocole passé entre au moins la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et la Caisse nationale du régime social des indépendants, sont approuvées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Cet arrêté est pris après avis motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Les données reçues et traitées par le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie préservent l'anonymat des personnes ayant bénéficié des prestations de soins.

Article L161-29

Dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les professionnels et les organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie à des assurés sociaux ou à leurs ayants droit communiquent

aux organismes d'assurance maladie concernés le numéro de code des actes effectués, des prestations servies à ces assurés sociaux ou à leurs ayants droit, y compris lorsque ces prestations sont établies à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, et des pathologies diagnostiquées. Les documents prévus au premier alinéa de l'article L. 161-33 doivent comporter l'ensemble de ces informations. Les personnels des établissements de santé chargés de la facturation des prestations, les directeurs de ces établissements ou leur représentant ont connaissance, dans le cadre de leur fonction et pour la durée de leur accomplissement, du numéro de code de ces prestations.

Pour assurer l'exécution de leur mission, les caisses nationales mettent en oeuvre un traitement automatisé des données mentionnées à l'alinéa précédent.

Sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant, le personnel des organismes d'assurance maladie a connaissance, dans le cadre de ses fonctions et pour la durée nécessaire à leur accomplissement, des numéros de code des pathologies diagnostiquées, des actes effectués et des prestations servies au bénéfice d'une personne déterminée, y compris lorsque ces prestations sont établies à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, tels qu'ils figurent sur le support utilisé pour la transmission prévue au premier alinéa ou dans les données issues du traitement susmentionné.

Seuls les praticiens-conseils et les personnels placés sous leur autorité ont accès aux données nominatives issues du traitement susvisé, lorsqu'elles sont associées au numéro de code d'une pathologie diagnostiquée.

Le personnel des organismes d'assurance maladie est soumis à l'obligation de secret dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 378 du code pénal. Il peut être dérogé à cette obligation pour transmettre des données à des fins de recherche dans le domaine de la santé lorsque les modalités de réalisation de ces recherches nécessitent de disposer d'éléments d'identification directe ou indirecte des personnes concernées. Ces éléments sont recueillis dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Après utilisation des données, les éléments d'identification des personnes concernées doivent être détruits.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après consultation du comité national paritaire de l'information médicale visé à l'article L. 161-30 et après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précisera les modalités d'application du premier alinéa du présent article.

Article L161-30

Il est créé un comité national paritaire de l'information médicale présidé par un magistrat comprenant, d'une part, des représentants des caisses nationales d'assurance maladie et, d'autre part, des représentants des professions et établissements de santé.

Le comité national est consulté sur la mise en oeuvre des dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-29.

Le comité national définit les conditions d'élaboration du codage des pathologies diagnostiquées ainsi que les modalités de collecte, de traitement et d'utilisation des données issues de ce traitement.

La composition et les modalités de fonctionnement du comité sont fixées par un décret. Les membres du comité sont nommés par un arrêté conjoint du ministre de la justice et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article L161-31

I.-Les organismes d'assurance maladie délivrent une carte électronique individuelle inter-régimes à tout bénéficiaire de l'assurance maladie qui comporte une photographie de celui-ci.

Cette carte est valable partout en France et tout au long de la vie de son titulaire, sous réserve que la personne bénéficie de prestations au titre d'un régime d'assurance maladie et des mises à jour concernant un changement de régime ou des conditions de prise en charge. Elle est délivrée gratuitement.

En cas de vol, perte ou dysfonctionnement, la carte est remplacée par l'organisme d'affiliation de l'assuré.

Le contenu de la carte, les modalités d'identification de son titulaire et ses modes de délivrance, de renouvellement, de mise à jour et d'utilisation sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

I. bis-Les organismes servant les prestations d'un régime de base d'assurance maladie inscrivent sur une liste d'opposition les numéros des cartes en circulation et en cours de validité perdues, volées ou dénoncées. Les conditions de mise en oeuvre de cette liste sont fixées par les conventions nationales, accords nationaux et contrats ou autres dispositions applicables mentionnés à l'article L. 161-34.

II.-Cette carte électronique comporte un volet d'urgence destiné à recevoir les informations nécessaires aux interventions urgentes. Les professionnels de santé peuvent porter sur le volet, avec le consentement exprès du titulaire de la carte, les informations nécessaires aux interventions urgentes ainsi que la mention : " A été informé de la législation relative au don d'organes ". Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe les conditions d'application de cette mesure ainsi que les conditions d'accès aux différentes informations figurant dans ce volet d'urgence.

III.-L'utilisation de cette carte permet d'exprimer l'accord du titulaire pour autoriser un médecin ayant adhéré à la convention mentionnée à l'article L. 162-5 ou exerçant dans un établissement ou un centre de santé et dûment authentifié au moyen de la carte mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 à prendre connaissance des informations contenues sur le relevé mis à sa disposition en application de l'article L. 162-4-3.

IV.-Sur le premier décompte de l'année civile envoyé à l'assuré figure le montant des dépenses

engagées par celui-ci au cours de l'année civile précédente.

V.-Le pharmacien qui délivre à un assuré social porteur de la carte électronique individuelle interrégimes ou à un de ses ayants droit une spécialité pharmaceutique remboursable par les régimes de l'assurance maladie lui communique, pour information, la charge que la spécialité représente pour ces régimes. Un décret précise les conditions de cette obligation de communication.

Article L161-32

Il est créé un répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie, comportant les informations nécessaires au rattachement de chaque bénéficiaire à l'organisme d'assurance maladie auquel il est affilié et, éventuellement, à un organisme complémentaire de son choix.

Le contenu ainsi que les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Article L161-33

L'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie est subordonnée à la production de documents dont le contenu, le support ainsi que les conditions et délais de transmission à la caisse du bénéficiaire sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Si le bénéficiaire, ayant reçu du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, les documents nécessaires à la constatation des soins ou d'une incapacité de travail les transmet à la caisse hors du délai prévu, il encourt une sanction fixée par voie réglementaire, pouvant aller jusqu'à la déchéance du droit aux prestations pour la période pendant laquelle le contrôle de celles-ci aurait été rendu impossible.

En cas de transmission électronique, si le professionnel, l'organisme ou l'établissement dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie est responsable d'un défaut de transmission à la caisse du bénéficiaire de documents mentionnés à l'alinéa précédent ou s'il les a transmis hors du délai prévu, et sans préjudice d'éventuelles sanctions prévues par les conventions nationales mentionnées au chapitre 2 du présent titre, la caisse peut exiger du professionnel ou de l'organisme concerné la restitution de tout ou partie des prestations servies à l'assuré. Pour son recouvrement, cette restitution est assimilée à une cotisation de sécurité sociale.

Dans le cas de transmission électronique par les professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées par une carte électronique individuelle, appelée carte de professionnel de santé. Le contenu, les modalités de délivrance et d'utilisation de cette carte sont fixés par décret en Conseil d'Etat après avis de la Commission nationale informatique et libertés.

Article L161-34

Pour les professions concernées par les dispositions des chapitres II et V du présent titre et par les dispositions des articles L. 322-5 à L. 322-5-4, les conventions nationales, accords nationaux et contrats ou les dispositions applicables en l'absence de convention, de contrat ou d'accord précisent, pour chaque profession ou établissement concerné et en complément des dispositions de l'article L. 161-33, les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge et les sanctions en cas de non-respect de ces modalités. A défaut, ces modalités et ces sanctions sont arrêtées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article L161-35

I.-Les professionnels de santé et centres de santé mentionnés aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 sont tenus d'assurer, pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, la transmission électronique des documents visés à l'article L. 161-33 et servant à la prise en charge des soins, produits ou prestations remboursables par l'assurance maladie.

II.-Sans préjudice des dispositions de l'article L. 161-33, le non-respect de l'obligation de transmission électronique par les professionnels et centres de santé donne lieu à l'application d'une sanction conventionnelle.

III.-Les conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 déterminent le mode de mise en œuvre de cette sanction conventionnelle ainsi que les conditions de sa modulation en fonction notamment des conditions d'activité des professionnels, de réalisation de la prestation et du taux de transmission électronique des documents concernés. Elles précisent également les modalités de la procédure applicable, notamment les conditions dans lesquelles les professionnels et centres concernés peuvent faire valoir leurs observations.

IV.-A défaut de dispositions conventionnelles applicables au titre du présent article, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie fixe les dispositions mentionnées au III.

Article L161-35-1

Les dispositions des articles L. 161-33, L. 161-34 et du premier alinéa de l'article L. 161-35 relatives à la transmission électronique des documents nécessaires à la prise en charge des prestations sont applicables aux prestations mentionnées au 1° de l'article L. 431-1.

Article L161-36

Le conditionnement des médicaments inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article

L. 162-17 doit comporter des informations relatives à ces médicaments et destinées aux organismes d'assurance maladie.

Le contenu, le support et le format de ces informations sont fixés par décret en Conseil d'Etat. Ce décret précise également les modalités d'utilisation de ces informations, notamment aux fins de contrôle par les organismes d'assurance maladie.

Article L161-36-1 A

I. - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 est obligatoire.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Section 6 : Institut des données de santé

Article L161-36-5

Un groupement d'intérêt public dénommé " Institut des données de santé ", régi par le chapitre II de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, est constitué notamment entre l'Etat, les caisses nationales d'assurance maladie, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et l'Union nationale des professionnels de santé, mentionnées au chapitre II bis du titre VIII du livre Ier.

L'Institut des données de santé a pour mission d'assurer la cohérence et de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie et de veiller à la mise à disposition de ses membres, de la Haute Autorité de santé, des unions régionales des professionnels de santé ainsi que d'organismes désignés par décret en Conseil d'Etat, à des fins de gestion du risque maladie ou pour des préoccupations de santé publique, des données issues des systèmes d'information de ses membres, dans des conditions garantissant l'anonymat fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Chaque année, l'Institut des données de santé transmet son rapport d'activité au Parlement.

Chapitre 1 bis : Haute Autorité de santé

Article L161-37

La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de :

1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficacité. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;

2° Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et

des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire ;

3° Etablir et mettre en oeuvre des procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;

4° Etablir et mettre en oeuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique ;

5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé ;

6° Rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs ;

7° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 1414-5 du code de la santé publique sur les références aux normes harmonisées prévues pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale ;

8° Coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants.

Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Institut national de veille sanitaire et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Elle peut mener toute action commune avec les organismes ayant compétence en matière de recherche dans le domaine de la santé.

La Haute Autorité de santé rend publics l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des détails et explications des votes, y compris les opinions minoritaires, à l'exclusion des informations relatives au secret des stratégies commerciales, des réunions de la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique siégeant auprès d'elle et consultée sur l'inscription des médicaments inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ainsi que son règlement intérieur.

Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique mentionnés à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique.

Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces.

La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet, qui porte notamment sur les travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que sur les actions d'information mises en oeuvre en application du 2° du présent article. Les commissions spécialisées mentionnées au même article L. 161-41 autres que celles créées par la Haute Autorité de santé remettent chaque année au Parlement un rapport d'activité mentionnant notamment les modalités et principes selon lesquels elles mettent en oeuvre les critères d'évaluation des produits de santé en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie.

Les décisions et communications prises en vertu des 1° et 2° du présent article sont transmises sans délai à la Conférence nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique.

Article L161-37-1

Toute demande d'inscription et de renouvellement d'inscription d'un produit de santé sur les listes prévues aux articles L. 162-17 et L. 165-1 du présent code et L. 5123-2 du code de la santé publique pour laquelle est requise une évaluation médico-économique en application du 1° de l'article L. 161-37 du présent code est accompagnée du versement par le demandeur d'une taxe additionnelle dont le barème est fixé par décret dans la limite de 5 580 €.

Son montant est versé à la Haute Autorité de santé. Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.

Article L161-38

I. # La Haute Autorité de santé établit la procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé.

II. # Elle établit également la procédure de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique. Elle veille à ce que les règles de bonne pratique spécifient que ces logiciels intègrent les recommandations et avis médico-économiques identifiés par la Haute Autorité de santé, permettent de prescrire directement en dénomination commune internationale, d'afficher les prix des produits au moment de la prescription et le montant total de la prescription, d'indiquer l'appartenance d'un produit au répertoire des génériques et comportent une information relative à leur concepteur et à la nature de leur financement.

Cette procédure de certification participe à l'amélioration des pratiques de prescription médicamenteuse. Elle garantit la conformité des logiciels à des exigences minimales en termes de sécurité, de conformité et d'efficacité de la prescription.

III. # La Haute Autorité de santé établit la procédure de certification des logiciels d'aide à la dispensation. Elle garantit que ces logiciels assurent la traduction des principes actifs des médicaments selon leur dénomination commune internationale recommandée par l'Organisation mondiale de la santé ou, à défaut, leur dénomination dans la pharmacopée européenne ou française.

Cette procédure de certification participe à l'amélioration des pratiques de dispensation officinale. Elle garantit la conformité des logiciels d'aide à la dispensation à des exigences minimales en termes de sécurité et de conformité de la dispensation.

IV. # Les certifications prévues aux I à III sont mises en œuvre et délivrées par des organismes certificateurs accrédités par le Comité français d'accréditation ou par l'organisme compétent d'un autre Etat membre de l'Union européenne attestant du respect des règles de bonne pratique édictées par la Haute Autorité de santé.

Ces certifications sont rendues obligatoires pour tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à l'édition des prescriptions médicales ou une aide à la dispensation des médicaments dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1er janvier 2015.

Article L161-39

La Haute Autorité de santé peut procéder, à tout moment, à l'évaluation du service attendu d'un produit, d'un acte ou d'une prestation de santé ou du service qu'ils rendent. Elle peut être également consultée, notamment par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, sur le bien-fondé et les conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou catégorie de produits ou prestations et, le

cas échéant, des protocoles de soins les associant. Les entreprises, établissements, organismes et professionnels concernés sont tenus de lui transmettre les informations qu'elle demande à cet effet après les avoir rendues anonymes.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les caisses nationales chargées de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie peuvent consulter la Haute Autorité de santé sur tout projet de référentiel de pratique médicale élaboré dans le cadre de leur mission de gestion des risques ainsi que sur tout projet de référentiel visant à encadrer la prise en charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins. La Haute Autorité de santé rend un avis dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

Sans préjudice des mesures prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire, et notamment celles prises en application du 2° de l'article L. 5311-2 du code de la santé publique, la Haute Autorité de santé fixe les orientations en vue de l'élaboration et de la diffusion des recommandations de bonne pratique de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé mentionnée à l'article L. 5311-1 du même code et procède à leur diffusion.

La Haute Autorité peut saisir l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de toute demande d'examen de la publicité pour un produit de santé diffusée auprès des professions de santé.

Dans le respect des règles relatives à la transmission et au traitement des données à caractère personnel, les caisses d'assurance maladie et l'Institut des données de santé transmettent à la Haute Autorité les informations nécessaires à sa mission, après les avoir rendues anonymes.

Article L161-40

Au titre de sa mission d'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population, la Haute Autorité de santé est chargée :

1° De contribuer à la qualité des actions concourant au développement professionnel continu et de participer à leur évaluation ;

2° D'analyser les modalités d'organisation et les pratiques professionnelles à l'origine des faits mentionnés à l'article L. 1413-14 du code de la santé publique relevant de son champ de compétence et de proposer aux autorités sanitaires toute mesure utile pour y remédier ;

2° bis Rendre un avis sur la liste des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage mis en oeuvre dans le cadre des programmes de santé visés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique ;

3° D'évaluer la qualité et l'efficacité des actions ou programmes de prévention, notamment d'éducation pour la santé, de diagnostic ou de soins.

Article L161-40-1

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en liaison avec la Haute Autorité de santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, sous l'égide du ministère chargé de la santé, met en œuvre une base de données administratives et scientifiques sur les traitements ainsi que sur le bon usage des produits de santé, consultable et téléchargeable gratuitement sur le site internet du ministère chargé de la santé, destinée à servir de référence pour l'information des professionnels de santé, des usagers et des administrations compétentes en matière de produits de santé. Cette base de données répond aux critères définis dans la charte de qualité des bases de données médicamenteuses destinées aux éditeurs de logiciels d'aide à la prescription candidats à la procédure de certification prévue à l'article L. 161-38.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article, et notamment les conditions dans lesquelles celle-ci est rendue gratuitement accessible au public.

Article L161-41

La Haute Autorité de santé comprend un collège et des commissions spécialisées présidées par un membre du collège et auxquelles elle peut déléguer certaines de ses attributions.

Les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique, L. 165-1 et L. 161-37 du présent code constituent des commissions spécialisées de la Haute Autorité. Leurs attributions peuvent être exercées par le collège. Les autres commissions spécialisées sont créées par la haute autorité, qui en fixe la composition et les règles de fonctionnement.

La dénomination, la composition et les règles de fonctionnement de la commission spécialisée mentionnée au treizième alinéa de l'article L. 161-37 sont définies par la Haute Autorité de santé.

Article L161-42

Le collège est composé de huit membres choisis en raison de leur qualification et de leur expérience dans les domaines de compétence de la Haute Autorité de santé :

1° Deux membres désignés par le Président de la République ;

2° Deux membres désignés par le président de l'Assemblée nationale ;

3° Deux membres désignés par le président du Sénat ;

4° Deux membres désignés par le président du Conseil économique, social et environnemental.

Les membres du collège sont nommés par décret du Président de la République. Le président du collège est nommé dans les mêmes conditions parmi ses membres.

La durée du mandat des membres du collège est de six ans, renouvelable une fois.

En cas de vacance survenant plus de six mois avant l'expiration du mandat, il est procédé à la nomination, dans les conditions prévues au présent article, d'un nouveau membre dont le mandat expire à la date à laquelle aurait expiré le mandat de la personne qu'il remplace. Son mandat peut être renouvelé s'il a occupé ces fonctions de remplacement pendant moins de deux ans.

Le collège est renouvelé par moitié tous les trois ans.

Article L161-43

La Haute Autorité de santé dispose de services placés sous l'autorité d'un directeur nommé, après avis du collège, par le président de celui-ci.

Sur proposition du directeur, le collège fixe le règlement intérieur des services.

Le président du collège représente la Haute Autorité en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut donner mandat à cet effet au directeur.

Le personnel de la Haute Autorité est composé d'agents contractuels de droit public, de salariés de droit privé ainsi que d'agents de droit privé régis soit par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale, soit par un statut fixé par décret. Dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, des agents publics peuvent être placés auprès de la Haute Autorité dans une position prévue par le statut qui les régit.

Les dispositions des articles L. 412-1, L. 421-1, L. 431-1 et L. 236-1 du code du travail sont applicables au personnel des services de la Haute Autorité. Toutefois, ces dispositions peuvent faire l'objet, par décret en Conseil d'Etat, d'adaptations rendues nécessaires par les conditions de travail propres à la Haute Autorité et les différentes catégories de personnel qu'elle emploie.

Article L161-44

Les membres de la Haute Autorité de santé, les personnes qui lui apportent leur concours ou qui collaborent occasionnellement à ses travaux ainsi que le personnel de ses services sont soumis, chacun pour ce qui le concerne, aux dispositions de l'article L. 5323-4 du code de la santé publique. Toutefois, ces dispositions peuvent faire l'objet, par décret en Conseil d'Etat, d'adaptations rendues nécessaires par les missions, l'organisation ou le fonctionnement de la Haute Autorité. Ce décret précise en particulier ceux des membres du collège ou des commissions spécialisées qui ne peuvent avoir, par eux-mêmes ou par personne interposée, dans les établissements ou entreprises en relation avec la Haute Autorité, des intérêts de nature à compromettre leur indépendance. Les membres concernés qui auraient de tels intérêts sont déclarés démissionnaires d'office par le collège statuant à la majorité de ses membres.

Article L161-45

La Haute Autorité de santé dispose de l'autonomie financière. Son budget est arrêté par le collège sur proposition du directeur.

Les ressources de la Haute Autorité sont constituées notamment par :

1° Des subventions de l'Etat ;

2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2. Cette dotation est composée de deux parts, l'une au titre de la procédure prévue par les articles L. 6113-3, L. 6113-4 et L. 6322-1 du code de la santé publique, l'autre au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement de la Haute Autorité de santé ;

3° Le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collège ;

4° Une fraction de 10 % du produit de la contribution prévue aux articles L. 245-1 à L. 245-5-1 A ;

4° bis Une fraction égale à 44 % du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 245-5-1 ;

5° Le montant des taxes mentionnées aux articles L. 161-37-1 et L. 165-11 du présent code ainsi qu'aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ;

6° Des produits divers, des dons et legs.

Article L161-45-1

Les biens immobiliers appartenant à la Haute Autorité de santé sont soumis aux dispositions du code général de la propriété des personnes publiques applicables aux établissements publics de l'Etat.

Article L161-46

Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat, notamment :

1° Les conditions dans lesquelles la Haute Autorité de santé procède aux évaluations et émet les avis mentionnés à l'article L. 161-37 ;

2° Les critères d'évaluation des produits, actes ou prestations de santé.

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins.

Article L162-1

Sous réserve des dispositions relatives aux assurés bénéficiaires de l'aide sociale, les soins sont dispensés aux assurés sociaux dans les conditions définies par les articles ci-après.

Article L162-1-7

La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.

Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. L'avis de la Haute Autorité de santé n'est pas nécessaire lorsque la décision ne modifie que la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation.

Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.

Tout acte ou prestation nouvellement inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée au troisième alinéa.

Article L162-1-7-1

Les règles de hiérarchisation des actes effectués par les biologiste-responsable et biologistes coresponsables mentionnés à l'article L. 162-14 sont arrêtées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7.

Article L162-1-7-2

La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un salarié d'un établissement thermal est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation.

Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel.

Article L162-1-9

Lorsqu'un chirurgien-dentiste ou médecin fait appel à un fournisseur ou à un prestataire de services à l'occasion de la réalisation des actes pris en charge par les organismes d'assurance maladie, il est tenu de fournir au patient un devis préalablement à l'exécution de ces actes puis une facture lorsque ces actes ont été réalisés.

Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie fixe le contenu des informations devant figurer sur le devis et la facture et, le cas échéant, les modalités particulières d'élaboration de ces pièces et de leur transmission aux patients.

Les infractions aux dispositions du premier alinéa sont constatées et sanctionnées dans les mêmes conditions que les infractions aux décisions prises en application de l'article L. 162-38.

L'assuré communique à sa caisse, à l'occasion du remboursement, copie de la facture.

Article L162-1-10

Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral ou qui sont salariés des centres de santé sont mises en oeuvre pour délivrer des soins palliatifs à domicile. Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par les organismes d'assurance maladie. Les modes de rémunération particuliers et leur montant sont déterminés par un accord au conventionnel interprofessionnel prévu au II de l'article L. 162-14-1.

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

Article L162-1-11

Les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie assurent, par tous moyens adaptés, une mission générale d'information des assurés sociaux, en vue notamment de faciliter l'accès aux soins et à la protection sociale et de leur permettre de connaître les conditions dans lesquelles les actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'ils reçoivent sont pris en charge.

Les assurés sociaux peuvent obtenir toutes informations utiles portant notamment sur les tarifs applicables, les taux de remboursement et les conditions de prise en charge des services et des produits de santé, ainsi que sur le bon usage des soins ou de ces produits.

Les caisses peuvent également mettre en oeuvre des services de conseils administratifs ou d'orientation. Ces services doivent permettre aux assurés de disposer des informations nécessaires pour accéder à la prévention et aux soins dans les meilleures conditions. Ils peuvent en particulier fournir tous éléments d'information sur les services assurés par les établissements de santé et sur la situation des professionnels de santé au regard des dispositions conventionnelles ou réglementaires les régissant ainsi que sur leur adhésion aux contrats prévus à l'article L. 162-12-21 du présent code et à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique, et leur participation à la formation continue, à la coordination des soins et à la démarche d'évaluation de la qualité professionnelle prévue à l'article L. 4133-1 du code de la santé publique. Ils fournissent également tous éléments d'information sur les tarifs d'honoraires habituellement demandés et toutes informations utiles à la bonne orientation du patient dans le système de soins.

Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé.

Les différents régimes d'assurance maladie assurent cette mission en coordonnant leurs actions et veillent à mettre en commun par voie, le cas échéant, de conventions les moyens nécessaires.

Les organismes qui gèrent un régime obligatoire pour le compte d'une caisse d'assurance maladie peuvent, dans le cadre d'une convention spécifique, être associés à la mission prévue par le présent article.

Les différents régimes d'assurance maladie assurent cette mission en coordonnant leurs actions, en veillant à mettre en commun par voie, le cas échéant, de conventions les moyens nécessaires, et en l'évaluant chaque année avec le concours de représentants des familles et des usagers.

Article L162-1-12

L'examen bucco-dentaire de prévention mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique ainsi que les soins dentaires réalisés dans les six mois suivant cet examen, à l'exception des soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, sont pris en charge en totalité par les régimes obligatoires de l'assurance maladie et maternité, et les bénéficiaires de ces actes sont dispensés de l'avance des frais.

Article L162-1-13

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2 sont définis par un accord-cadre conclu par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Union nationale des professionnels de santé.

Cet accord-cadre ne s'applique à une des professions susmentionnées que si au moins une organisation syndicale représentative de cette profession l'a signé.

Cet accord-cadre, conclu pour une durée au plus égale à cinq ans, fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions entrant dans le champ des conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, à l'article L. 162-16-1 et à l'article L. 322-5-2. Il peut notamment déterminer les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville, ainsi que les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés et une meilleure coordination des soins ou pour promouvoir des actions de santé publique.

Article L162-1-14

I. - Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 :

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

2° Les employeurs ;

3° Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale

autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1° ;

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

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

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

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

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

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

5° Le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17, L. 162-1-20 et L. 315-1 ;

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

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

8° Le refus par un professionnel de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que le patient ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier médical personnel ;

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

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

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

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

IV. - Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 notifie les faits reprochés à la personne physique ou morale en cause afin qu'elle puisse présenter ses observations dans un délai fixé par voie réglementaire. A l'expiration de ce délai, le directeur :

1° Décide de ne pas poursuivre la procédure ;

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

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

a) Soit décide de ne pas poursuivre la procédure ;

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

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

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

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

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

V. - La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3. Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission.

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

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

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

La constitution et la gestion de la commission mentionnée au V peuvent être déléguées à un autre organisme local d'assurance maladie ou une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 par une convention qui doit être approuvée par les conseils d'administration des organismes

concernés.

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

1° Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou les caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 peut prononcer une pénalité sans solliciter l'avis de la commission mentionnée au V ;

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

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

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

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

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

Article L162-1-14-1

Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :

1° Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;

2° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;

3° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé, au I de l'article L. 162-5-13, au dernier alinéa de l'article L. 162-9 ou aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 165-6 ;

4° Ont omis l'information écrite préalable prévue par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique.

La sanction, prononcée après avis de la commission et selon la procédure prévus à l'article L. 162-1-14 du présent code, peut consister en :

-une pénalité financière forfaitaire, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les cas mentionnés au 1° du présent article ;

-une pénalité financière proportionnelle aux dépassements facturés pour les cas mentionnés aux 2°, 3° et 4°, dans la limite de deux fois le montant des dépassements en cause ;

-en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales telle que prévue au 5° du I de l'article L. 162-14-1.

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

Les sanctions prononcées en vertu du présent article peuvent faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques, en cas de récidive et après épuisement des voies de recours, par voie de presse.

Les décisions prononçant les sanctions prévues au présent article peuvent être contestées devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. Quand ces sanctions consistent en des pénalités financières, elles sont recouvrées selon les modalités définies aux septième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 162-1-14.

L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalités prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner le même comportement du professionnel de santé.

Les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'affichage et le barème des sanctions applicables, sont fixées par voie réglementaire.

Article L162-1-14-2

Le contrôle d'une pharmacie, d'un laboratoire de biologie médicale, d'un établissement de santé, d'un fournisseur de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, d'une société de transport sanitaire ou d'une entreprise de taxi mentionnée au second alinéa de l'article L. 322-5 concernant l'ensemble de son activité ou un ou plusieurs des éléments de celle-ci énumérés par décret en Conseil d'Etat est réalisé par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie sur la base d'un échantillon dont la méthode d'élaboration est définie par décret en Conseil d'Etat, après avis conforme du directeur de l'union prévue à l'article L. 182-2, lorsque le chiffre d'affaires annuel de ces structures excède un seuil fixé, pour chacune de ces catégories de structures, par ce décret. Pour les établissements de santé, le contrôle de l'activité ou des éléments d'activité réalisé dans ce cadre ne peut porter sur les manquements aux règles de facturation fixées en application de l'article L. 162-22-6.

En cas de constat de sommes indûment versées par l'organisme local d'assurance maladie, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut alors prononcer une pénalité selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-14, pénalité qui est notifiée et recouvrée dans les conditions

prévues au même article. La pénalité peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Le montant de cette pénalité est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des dépenses prises en charge par l'organisme local d'assurance maladie au cours de la période contrôlée ou, si le contrôle porte sur un ou plusieurs éléments d'activité ou prestations en particulier, sur la base des dépenses afférentes à ceux-ci. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de cette base. Le montant ainsi calculé peut être supprimé, minoré ou majoré dans la limite de 25 %, en fonction de la gravité des faits reprochés. Lorsque les sommes indûment versées sont principalement liées à des fraudes au sens de l'article L. 162-1-14, ce pourcentage de majoration peut être porté à 100 %.

La notification prévue au premier alinéa du IV de l'article L. 162-1-14 fait état de la méthodologie de contrôle employée.

Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L162-1-15

I. - Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider, après que le médecin a été mis en mesure de présenter ses observations et après avis de la commission prévue à l'article L. 162-1-14, à laquelle participent des professionnels de santé, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la couverture d'actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ainsi que des frais de transport ou le versement des indemnités journalières mentionnés aux 2° et 5° de l'article L. 321-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime, en cas de constatation par ce service :

1° Du non-respect par le médecin des conditions prévues au 2° ou au 5° de l'article L. 321-1 et au 1° ou au 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime ;

2° Ou d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par le médecin et donnant lieu au versement d'indemnités journalières ou d'un nombre de tels arrêts de travail rapporté au nombre de consultations effectuées significativement supérieurs aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ;

3° Ou d'un nombre de prescriptions de transports ou d'un nombre de telles prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transport constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ;

4° Ou d'un taux de prescription de transports en ambulance, rapporté à l'ensemble des transports prescrits, significativement supérieur aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins installés dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ;

5° Ou d'un nombre de réalisations ou de prescriptions d'un acte, produit ou prestation ou d'un

nombre de telles réalisations ou prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa ou d'un groupe desdits actes, produits ou prestations significativement supérieur à la moyenne des réalisations ou des prescriptions constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie. Un décret définit les modalités de constitution éventuelle de groupes d'actes, de produits ou de prestations pour la mise en oeuvre des dispositions du présent alinéa.

Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin prescripteur, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour la prise en charge des frais de transport, actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa.

II. - Le directeur peut également, conjointement avec le service du contrôle médical, proposer au médecin, en alternative à la procédure de mise sous accord préalable prévue au I, de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations en cause dans un certain délai. En cas de refus du médecin, le directeur poursuit la procédure prévue au I.

II bis. - La décision mentionnée au premier alinéa du I est notifiée après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire.

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

Article L162-1-16

I. - Les actes ou prestations mentionnés sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et réalisés par un réserviste mentionné à l'article L. 3132-1 du code de la santé publique durant son affectation donnent lieu :

- sous réserve du II du présent article et dans les cas de remplacement de professionnels de santé exerçant à titre libéral ou de concours apporté à ces professionnels, à un reversement à l'établissement public mentionné à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique du montant des honoraires perçus par le réserviste, qui est tenu de respecter les tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-1-7. Ce reversement s'effectue, le cas échéant, déduction faite d'une part reversée au cabinet libéral ou à la structure d'affectation selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ;

- dans le cas d'une mise à disposition auprès d'une personne morale, au remboursement par cette personne à l'établissement public mentionné à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique des indemnités ou rémunérations perçues par le réserviste durant la période relative à cette mise à disposition.

II. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles un arrêté de l'autorité compétente de l'Etat peut fixer les modalités particulières de rémunération des professionnels de santé libéraux exerçant dans le cadre des mesures d'urgence prises en application de l'article L. 3131-1 du code de la santé publique.

Article L162-1-17

Sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le directeur général de l'agence régionale de santé, après mise en oeuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du présent code ainsi que les prestations d'hospitalisation mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 pour les soins de suite ou de réadaptation. La mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation pour les soins de suite ou de réadaptation est effectuée sur la base d'un programme régional établi par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie, après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés. Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord préalable du prescripteur, délivre des prestations d'hospitalisation malgré une décision de refus de prise en charge, il ne peut pas les facturer au patient. La proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique ou des données de facturation transmises à l'assurance maladie, pour une activité comparable. La procédure contradictoire est mise en oeuvre dans des conditions prévues par décret.

Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des prestations d'hospitalisation susvisées.

Article L162-1-18

Les assurés ou ayants droit âgés de seize à vingt-cinq ans peuvent bénéficier chaque année d'une consultation de prévention, réalisée par un médecin généraliste, pour laquelle ils sont dispensés de l'avance des frais.

Un décret fixe le contenu, les modalités et les conditions de mise en oeuvre de la visite.
[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009.] Ces conditions peuvent prévoir, pour une période limitée à deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, une expérimentation au bénéfice d'une partie de la population visée au premier alinéa.

Article L162-1-19

Les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de ces organismes sont tenus de communiquer à l'ordre compétent les informations qu'ils ont recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé inscrit à un ordre professionnel.

L'ordre est tenu de faire connaître à l'organisme qui l'a saisi, dans les trois mois, les suites qu'il y a apportées.

Article L162-1-20

Les agents assermentés et agréés des organismes locaux d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 114-10 peuvent réaliser leurs vérifications et enquêtes administratives sur pièces et sur place aux fins d'obtenir communication des documents et informations mentionnés à l'article L. 114-19. A cet effet, ils doivent être reçus dans les établissements de santé ou par toute autre personne physique ou morale autorisée à délivrer les produits ou les prestations de services et d'adaptation associées inscrits sur les listes prévues aux articles L. 165-1 et L. 162-17 aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-1-14, sous réserve qu'ils aient avisé la personne concernée dans un délai et dans des formes définis par décret en Conseil d'Etat et, notamment, qu'ils l'aient informée de son droit de se faire assister pendant les vérifications ou l'enquête administrative du conseil de son choix.

Lorsque les vérifications ou l'enquête administrative ont pour objet des faits relevant du VII du même article L. 162-1-14, cette information préalable n'est pas requise.

Section 1 : Médecins.

Article L162-2

Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971.

Article L162-2-1

Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Article L162-2-2

Le médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie doit se conformer, pour apprécier l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite ou de réadaptation, aux recommandations établies par la Haute Autorité de santé.

Article L162-3

Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état ou lorsqu'il s'agit d'une activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. Les consultations médicales sont également données dans les maisons médicales.

Article L162-4

Les médecins sont tenus de signaler sur l'ordonnance, support de la prescription, le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent :

1° Lorsqu'ils prescrivent une spécialité pharmaceutique en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;

2° Lorsqu'ils prescrivent un produit ou une prestation en dehors des indications thérapeutiques ou diagnostiques, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 ;

3° Lorsqu'ils prescrivent des actes ou prestations en dehors des indications ou des conditions de prise en charge ou de remboursement, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-1-7 ;

4° Lorsqu'ils prescrivent des actes et prestations non remboursables en application de l'article L. 321-1.

Lorsque les médecins réalisent des actes non remboursables, ils n'établissent pas le document prévu à l'article L. 161-33.

Pour les spécialités pharmaceutiques mentionnées au 1°, l'inscription de la mention : " Prescription hors autorisation de mise sur le marché " prévue à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique dispense de signaler leur caractère non remboursable.

Article L162-4-1

Les médecins sont tenus de mentionner sur les documents produits en application de l'article L. 161-33 et destinés au service du contrôle médical :

1° Lorsqu'ils établissent une prescription d'arrêt de travail donnant lieu à l'octroi de l'indemnité mentionnée au 5° de l'article L. 321-1, les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail ;

2° Lorsqu'ils établissent une prescription de transport en vue d'un remboursement, les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit.

Ils sont tenus en outre de porter sur ces mêmes documents les indications permettant leur identification par la caisse et l'authentification de leur prescription.

Article L162-4-2

La prise en charge par l'assurance maladie de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, est subordonnée à l'obligation faite au patient d'indiquer au prescripteur, à chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance et à l'obligation faite au médecin de mentionner ce nom sur la prescription qui doit alors être exécutée par ce pharmacien.

L'arrêté mentionné à l'alinéa précédent désigne, parmi les soins ou traitements figurant sur la liste, ceux pour lesquels, compte tenu des risques importants de mésusage, d'usage détourné ou abusif, la prise en charge par l'assurance maladie est subordonnée à l'élaboration du protocole de soins prévu par l'article L. 324-1 soit pour l'ensemble des patients en cas de risque majeur pour leur santé, soit seulement en cas de constatation par les services du contrôle médical de l'assurance maladie d'usage détourné ou abusif. La prescription des soins et traitements ainsi désignés peut être antérieure à l'établissement du protocole prévu à l'article L. 324-1.

Article L162-4-3

Les médecins peuvent, à l'occasion des soins qu'ils délivrent et sous les conditions prévues à l'article L. 161-31, consulter les données issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'assurance maladie. Dans ce cas, ils en informent préalablement le patient. Le bénéficiaire des soins donne son accord à cet accès en permettant au médecin d'utiliser, à cet effet, la carte mentionnée à l'article L. 161-31.

Le relevé des données mis à la disposition du médecin contient les informations nécessaires à l'identification des actes, produits ou prestations pris en charge pour les soins délivrés en ville ou en établissement de santé, au regard notamment des listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 165-1 et L. 162-17. Il comporte également le code prévu pour les identifier dans ces listes, le niveau de prise en charge et, pour les patients atteints d'une affection de longue durée, les éléments constitutifs du protocole de soins mentionné au septième alinéa de l'article L. 324-1. Il ne contient aucune information relative à l'identification des professionnels de santé prescripteurs.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et du Conseil national de l'ordre des médecins, détermine les modalités d'application du présent article.

Article L162-4-4

En cas de prolongation d'un arrêt de travail, l'indemnisation n'est maintenue que si la prolongation de l'arrêt est prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré et à l'exception des cas définis par décret.

Sous-section 1 : Dispositions relatives aux relations conventionnelles

Article L162-5

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.

La ou les conventions nationales peuvent faire l'objet de clauses locales particulières, sous forme d'accords complémentaires entre les caisses primaires d'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et modalités d'approbation de ces accords.

La ou les conventions déterminent notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ;

2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers ;

2° bis Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ;

3° (Abrogé) ;

3° bis Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;

4° Les modalités de financement des expérimentations et des actions innovantes ;

5° Les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales ;

6° Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concourant au respect des dispositions prévues à l'article L. 162-5-2, et notamment des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, la sélection des thèmes de références médicales, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application, et la mise en oeuvre de contrats locaux de maîtrise de dépenses dans chaque circonscription de caisse ;

7° Le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion dont le montant peut varier en fonction de la zone géographique et de l'exercice, par le médecin, d'une

spécialité ou de la médecine générale. Elles peuvent prévoir de subordonner cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice de la médecine nécessitant une inscription au tableau de l'Ordre des médecins ainsi que les modalités de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus ;

8° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L. 162-5-2 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent ;

9° Les conditions de l'utilisation pour l'application de la convention des informations mentionnées aux articles L. 161-28 et L. 161-29, relatives à l'activité des praticiens et notamment les modalités de transmission de ces données aux instances conventionnelles et aux unions de médecins visées à l'article 6 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;

10° Les conditions dans lesquelles est assuré le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution ;

11° (Abrogé) ;

12° Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés.

Pour la mise en oeuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1 ;

14° (Abrogé) ;

15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de bon usage des soins fixés par la convention ;

16° (Abrogé) ;

17° Les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins ;

18° Les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162-2-1, des dépassements

d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, et les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin ;

19° Des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;

20° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;

21° Le cas échéant, le montant et les conditions d'attribution d'une aide à l'utilisation ou à l'acquisition d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38 ;

22° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé.

Article L162-5-1

En l'absence de convention, les dispositions prises en application du 9e de l'article L. 162-5 continuent à s'appliquer à l'égard des unions de médecins.

Article L162-5-1-1

Les engagements conventionnels sur les dépenses liées aux prescriptions sont exprimés en volume, indépendamment de toute évolution tarifaire.

Article L162-5-2

La ou les conventions prévoient la possibilité de mettre à la charge du médecin dont la pratique ne respecte pas les références médicales prévues au 6° de l'article L. 162-5 une contribution.

Cette contribution est assise sur les revenus professionnels servant de base au calcul de la cotisation personnelle d'allocations familiales. Elle est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales. Les niveaux de cette contribution, leurs modalités d'application, de modulation ou de répartition entre régimes sont définis dans la ou les conventions mentionnées à l'article L. 162-5.

Article L162-5-3

Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.

Le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou d'un établissement ou service visé à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants. Un arrêté fixe les missions du médecin traitant quand celui-ci est un médecin salarié.

Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel prévu à l'article L. 161-36-1 du présent code.

Dans le cas où l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également ces avantages.

La participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsqu'est mis en oeuvre un protocole de soins ou lors d'une consultation dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale.

Les dispositions prévues à l'alinéa précédent ne sont pas applicables lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus.

Article L162-5-4

Un décret prévoit la durée pendant laquelle les dispositions prises en application du 18° de l'article L. 162-5, du cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 et du troisième alinéa de l'article L. 162-26 ne sont pas applicables aux consultations assurées ou prescrites par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral. Il prévoit également la durée pendant laquelle les mêmes dispositions ne sont pas applicables aux consultations assurées ou prescrites par un médecin généraliste qui s'installe ou exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé dans une zone définie par l'agence régionale de santé.

Sous-section 3 : Dispositions diverses

Article L162-5-10

Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins qui n'adhèrent pas à la convention nationale des médecins ou qui ne sont pas régis par le règlement mentionné à l'article L. 162-14-2 donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie sur la base d'un tarif d'autorité fixé par arrêté interministériel.

Article L162-5-12

La gestion des sommes affectées à la formation professionnelle au titre du 14° de l'article L. 162-5 est assurée par un organisme gestionnaire conventionnel. Cet organisme est doté de la personnalité morale. Il est administré par un conseil de gestion composé paritairement des représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie signataire de la convention et des représentants des organisations syndicales de médecins signataires de la convention.

Lorsque les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, l'organisme gestionnaire conventionnel comporte deux sections. Il peut également comporter des sections spécifiques à chaque profession dont les relations avec les organismes d'assurance maladie sont régies par une convention mentionnée aux articles L. 162-14-1 et L. 162-16-1 pour la gestion des sommes affectées à leurs dispositifs de formation continue conventionnelle. Chaque section est administrée par un conseil de gestion paritaire qui comprend des représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des représentants des syndicats signataires de la convention nationale de la profession concernée.

Pour les professions dont il gère le dispositif de formation continue conventionnelle, l'organisme gestionnaire conventionnel est chargé notamment :

- de la gestion des appels d'offres sur les actions de formation ;
- de l'enregistrement de projets soumis par les organismes de formation ;
- de la gestion administrative et financière des actions agréées sur la base d'une convention de financement passée avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie signataire de la convention concernée ;
- de l'évaluation des actions de formation professionnelle conventionnelle ;
- de l'indemnisation des professionnels de santé libéraux conventionnés participant aux actions de

formation conventionnelle.

Les modalités d'application du présent article, notamment les statuts de l'organisme gestionnaire conventionnel et les règles d'affectation des ressources aux sections, sont fixées par décret.

Article L162-5-13

I. - Les tarifs des médecins mentionnés à l'article L. 162-5 ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d'exigence particulière du patient, notamment en cas de visite médicalement injustifiée, et sauf dans le cas prévu au 18° de l'article L. 162-5.

II. - La ou les conventions médicales prévues à l'article L. 162-5 peuvent prévoir, lorsqu'elles autorisent la pratique des honoraires différents des tarifs qu'elles fixent, soit un plafond de dépassement par acte, soit un plafond annuel pour les dépassements perçus par un praticien pour l'ensemble de son activité, ce plafond pouvant être déterminé en fonction du montant total des dépassements constatés l'année précédente.

Article L162-5-14

Les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5-10, par les médecins bénéficiant des dispositions de l'article L. 643-6 du présent code ainsi que les médecins concernés par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés en application de l'article L. 6314-1. Ces médecins sont tenus de respecter ces tarifs.

Article L162-5-15

Les médecins mentionnés à l'article L. 6155-1 du code de la santé publique ainsi que les médecins salariés d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du même code sont identifiés par un numéro personnel distinct du numéro identifiant la structure où ils exercent leur activité.

Le décret prévu au premier alinéa de l'article L. 161-33 du présent code précise les cas dans lesquels ce numéro figure obligatoirement sur les documents transmis aux caisses d'assurance maladie en vue du remboursement ou de la prise en charge des soins dispensés par ces praticiens.

Article L162-5-16

A défaut d'identification par le numéro personnel mentionné à l'article L. 162-5-15 des prescriptions dont l'exécution est assurée par des professionnels de santé exerçant en ville, les dépenses y afférentes constatées par les organismes de sécurité sociale sont imputées sur leurs versements à

l'établissement de santé ou au centre de santé dans lequel exerce le médecin ayant effectué la prescription.

Article L162-5-17

A défaut d'identification par le numéro personnel mentionné à l'article L. 162-5-15 des prescriptions de spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7, les dépenses y afférentes ne sont pas prises en charge par les organismes de sécurité sociale.

Ces dépenses ne peuvent être facturées au patient.

Section 2 : Chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux

Article L162-8

Les dispositions de l'article L. 162-4 s'appliquent aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes et aux auxiliaires médicaux pour ce qui les concerne.

Sous-section 1 : Conventions nationales

Article L162-9

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions.

Ces conventions déterminent :

1°) les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et celles des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;

2°) Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou les auxiliaires médicaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;

3°) La possibilité de mettre à la charge du chirurgien-dentiste, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical qui ne respecte pas les mesures prévues au 3° du présent article, tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2, ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie, correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures ;

4°) Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires ;

5°) Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés au 1°, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

6°) Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des professionnels mentionnés au 1° ;

7° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique . Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux ;

8° (Abrogé).

Elles fixent également les modalités d'application du 3°, et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations.

Si elle autorise un dépassement pour les soins visés au 3° de l'article L. 861-3, la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes fixe le montant maximal de ce dépassement applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé ; à défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de dispositions spécifiques aux bénéficiaires de cette protection, un arrêté interministériel détermine la limite applicable à ces dépassements pour les intéressés.

Sous-section 2 : Conventions départementales.

Article L162-11

A défaut de convention nationale, les tarifs des honoraires et frais accessoires et la participation au financement des cotisations prévue au 5° du I de l'article L. 162-14-1 dus aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés par des conventions conclues entre les caisses primaires d'assurance maladie et un ou plusieurs des syndicats les plus représentatifs de chacune de ces professions, dans la limite des tarifs fixés par arrêté interministériel.

Les conventions doivent être conformes aux clauses de conventions types établies par décret en

Conseil d'Etat et n'entrent en vigueur qu'après approbation par l'autorité administrative.

Dès leur approbation, les conventions sont applicables à l'ensemble des membres des professions intéressées, exerçant dans la circonscription de la caisse primaire, à l'exception de ceux qui, dans les conditions déterminées par la convention type, ont fait connaître à cet organisme qu'ils n'acceptent pas d'être régis par la convention.

En cas de violation des engagements conventionnels par un membre de l'une des professions intéressées, la caisse primaire d'assurance maladie peut décider, selon les conditions prévues par la convention type, de le placer hors de la convention.

En l'absence de conventions conclues avec la caisse primaire, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux peuvent adhérer personnellement aux clauses de la convention type sur la base de tarifs fixés dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article.

Sous-section 4 : Dispositions diverses.

Article L162-12

A défaut de convention ou en l'absence d'adhésion personnelle à la convention type, les tarifs servant de base au remboursement des honoraires des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux sont fixés par arrêtés interministériels.

Sous-section 5 : Dispositions relatives aux infirmiers

Article L162-12-1

Les infirmiers sont tenus d'effectuer leurs actes dans le respect des dispositions prises pour l'application du titre II du livre IV du code de la santé publique et en observant la plus stricte économie compatible avec l'exécution des prescriptions.

Article L162-12-2

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les infirmiers sont définis, dans le respect des règles déontologiques fixées par le code de la santé publique, par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des infirmiers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des infirmiers ainsi que les conditions dans lesquelles sont pris en charge les actes effectués par un infirmier remplaçant un infirmier conventionné et les actes effectués par les infirmiers conventionnés dans les établissements et structures d'hébergement de toute nature ;

2° (Abrogé) ;

3° Les conditions, à remplir par les infirmiers pour être conventionnés et notamment celles relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un service organisé, aux sanctions prononcées le cas échéant à leur rencontre pour des faits liés à l'exercice de leur profession et au suivi d'actions de formation, ainsi qu'à la zone d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ;

4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;

5° Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins infirmiers dispensés aux assurés sociaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;

6° Le cas échéant :

- a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;
- b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des infirmiers participant à ces réseaux ;
- c) Les droits et obligations respectifs des infirmiers, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

7° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des infirmiers ;

8° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et des dispositions du présent article applicables aux infirmiers en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. Ces modalités sont définies après concertation avec les organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes infirmiers.

Article L162-12-3

La convention nationale prévoit la possibilité de mettre à la charge de l'infirmier qui ne respecte pas les mesures prévues au 5° de l'article L. 162-12-2 une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures.

Elle fixe également les modalités d'application de l'alinéa précédent, et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations.

Article L162-12-4

Les dispositions des articles L. 162-9 à L. 162-12 ne sont pas applicables aux infirmiers.

Sous-section 6 : Dispositions relatives aux masseurs-kinésithérapeutes

Article L162-12-8

Les masseurs-kinésithérapeutes sont tenus d'effectuer leurs actes dans le respect des dispositions du titre III du livre IV du code de la santé publique et de leurs mesures d'application en observant la plus stricte économie compatible avec l'exécution des prescriptions.

Article L162-12-9

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs des organisations syndicales les plus représentatives des masseurs-kinésithérapeutes et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des masseurs-kinésithérapeutes, y compris les conditions dans lesquelles sont pris en charge les actes effectués par un masseur-kinésithérapeute remplaçant un masseur-kinésithérapeute conventionné et les actes effectués par les masseurs-kinésithérapeutes conventionnés dans les établissements et structures d'hébergement de toute nature ;

2° (Abrogé) ;

3° Les conditions à remplir par les masseurs-kinésithérapeutes pour être conventionnés et notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation ;

4° Le financement du fonctionnement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;

5° Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins de masso-kinésithérapie dispensés aux assurés sociaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;

6° La possibilité de mettre à la charge du masseur-kinésithérapeute qui ne respecte pas les mesures prévues au 5° ci-dessus tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2 ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures ;

7° Le cas échéant :

- a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;
- b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des masseurs kinésithérapeutes participant à ces réseaux ;
- c) Les droits et obligations respectifs des masseurs-kinésithérapeutes, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

8° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités autres que curatives des masseurs-kinésithérapeutes ;

9° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux masseurs-kinésithérapeutes en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes masseurs-kinésithérapeutes.

Elle fixe également les modalités d'application de l'alinéa précédent, et notamment les conditions dans lesquelles le masseur-kinésithérapeute concerné présente ses observations.

Article L162-12-10

La convention nationale prévoit la possibilité de mettre à la charge du masseur-kinésithérapeute qui ne respecte pas les mesures prévues au 5° de l'article L. 162-12-9 une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures.

Elle fixe également les modalités d'application de l'alinéa précédent, et notamment les conditions dans lesquelles le masseur-kinésithérapeute concerné présente ses observations.

Article L162-12-11

Les dispositions des articles L. 162-9 à L. 162-11 ne sont pas applicables aux masseurs-kinésithérapeutes.

Section 2.1 : Références professionnelles

Article L162-12-15

Les références mentionnées au 6° du troisième alinéa de l'article L. 162-5, au 3° du deuxième alinéa de l'article L. 162-9 et au 5° du deuxième alinéa de l'article L. 162-12-2 et de l'article L. 162-12-9 identifient des soins et des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux. Elles sont établies par la Haute Autorité de santé, à partir de critères scientifiques reconnus et, pour le domaine du médicament, par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé à partir des évaluations réalisées pour délivrer l'autorisation de mise sur le marché et pour apprécier le service médical rendu.

Les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2 et L. 162-12-9, ou, à défaut, le règlement prévu à l'article L. 162-14-2, déterminent les références rendues opposables aux professionnels de santé et les conditions de cette opposabilité.

Des recommandations de bonne pratique établies par la Haute Autorité de santé ou par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé accompagnent, pour chaque thème, les références opposables. Les recommandations concernant le médicament sont diffusées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ; les autres sont, en ce qui concerne les professions de santé, diffusées par l'intermédiaire des unions régionales des professionnels de santé.

Ces références sont également mises en oeuvre par les établissements de santé assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, pour ce qui concerne leurs activités de consultation externe. Leur respect est, le cas échéant, pris en compte dans la procédure de certification prévue à l'article L. 6113-3 du code de la santé publique.

Les recommandations mentionnées au troisième alinéa sont également diffusées dans les établissements de santé publics ou privés participant au secteur public hospitalier.

La liste des références opposables est régulièrement actualisée par les parties conventionnelles dans les conditions prévues au présent article, en fonction notamment des données de la science.

A défaut d'actualisation, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, dans l'intérêt de la santé publique, après consultation de la Haute Autorité de santé ou de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans leur domaine de compétence respectif, demander aux parties à la convention concernée d'abroger une référence opposable dont le maintien en l'état n'est plus justifié ; en l'absence d'accord des parties, constaté deux mois après leur saisine, un arrêté des mêmes ministres peut procéder à cette abrogation.

Article L162-12-16

La ou les conventions mentionnées à l'article L. 162-5, ou, le cas échéant, le règlement mentionné à l'article L. 162-14-2, instituent un comité médical paritaire local composé pour moitié de représentants des caisses et pour moitié de représentants des organisations syndicales de médecins liées par convention avec des organismes d'assurance maladie. Ce comité est chargé notamment d'instruire les dossiers qui lui sont soumis concernant le respect des références mentionnées à l'article L. 162-5 ou, le cas échéant, des références figurant dans le règlement mentionné à l'article L. 162-14-2.

Le comité médical paritaire local entend le médecin mis en cause et se prononce par un vote dans un délai fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Sur la base des faits litigieux retenus par le comité médical paritaire local le service du contrôle médical propose à la caisse la sanction financière prévue par les conventions ou le règlement

mentionnés au premier alinéa.

La décision prise par la caisse est exécutoire dès sa notification. Elle peut être contestée devant le tribunal administratif.

Les sanctions prononcées par les caisses ou les tribunaux en application du présent article sont transmises pour information à l'instance ordinaire dont relève le médecin.

Section 2.2 : Accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins

Article L162-12-17

Un ou des accords de bon usage des soins peuvent être conclus, à l'échelon national, par les parties à la ou les conventions et l'accord national mentionnés aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2.

En l'absence de convention, ces accords peuvent être conclus, à l'échelon national, entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins un syndicat représentatif de chaque profession concernée.

Les accords nationaux prévoient des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre. Ils peuvent fixer des objectifs quantifiés d'évolution de certaines dépenses et prévoir les modalités selon lesquelles les professionnels conventionnés ou les centres de santé adhérant à l'accord national peuvent percevoir, notamment sous forme de forfaits, une partie du montant des dépenses évitées par la mise en oeuvre de l'accord.

Cette partie est versée aux professionnels ou aux centres de santé concernés par l'action engagée, dans la limite, le cas échéant, d'un plafond, en fonction de critères définis par l'accord.

Les dispositions du précédent alinéa ne peuvent être mises en oeuvre que lorsque les résultats de ces actions ont été évalués dans les conditions prévues par l'accord et qu'ils établissent que les objectifs fixés ont été atteints.

Si les accords comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne peuvent être conclus qu'après avoir reçu l'avis de la Haute Autorité de santé. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par l'agence. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

Les accords nationaux entrent en vigueur à compter de leur publication.

Toutefois, pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces accords sont contraires aux objectifs qu'ils poursuivent, le ministre chargé de la santé peut en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

Les accords nationaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et aux unions régionales des professionnels de santé.

Article L162-12-18

Des contrats de bonne pratique sont définis, à l'échelon national par les parties aux conventions et à l'accord national mentionnés aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2 et, à l'échelon régional, par les unions régionales des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par les syndicats signataires de la ou des conventions nationales. Les professionnels conventionnés ou les centres de santé adhérant à l'accord national peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui peut ouvrir droit, en contrepartie du respect des engagements qu'il prévoit, à un complément forfaitaire de rémunération et à la majoration de la participation prévue à l'article L. 162-14-1. Lorsqu'ils sont conclus au niveau régional, ces contrats doivent être conformes aux objectifs, thèmes et règles générales de mise en oeuvre mentionnés dans la convention nationale ou dans l'accord national.

Le complément de rémunération ou la majoration de la participation prévue à l'article L. 162-14-1 peuvent être modulés en fonction de critères d'expérience, de qualité des pratiques ou d'engagements relatifs à la formation, au lieu d'installation et d'exercice du médecin dans les conditions prévues par ces contrats.

Ce contrat précise les objectifs d'évolution de la pratique des professionnels concernés et fixe les engagements pris par ces derniers.

Le contrat comporte nécessairement des engagements relatifs :

- à l'évaluation de la pratique du professionnel ; cette évaluation prend en compte l'application par le professionnel des références opposables et des recommandations de bonne pratique prévues à l'article L. 162-12-15 ;
- aux modalités de suivi avec le service du contrôle médical de son activité et, s'agissant d'un professionnel habilité à prescrire, de ses pratiques de prescription ;
- s'agissant des professions habilitées à prescrire, au niveau, à l'évolution et aux pratiques de prescription, dans le respect des conditions prévues à l'article L. 162-2-1, et en particulier à la prescription en dénomination commune ou à la prescription de médicaments génériques ;

Le contrat peut en outre comporter d'autres engagements, portant notamment sur :

- le niveau de l'activité du professionnel ;
- sa participation aux programmes d'information destinés aux assurés et mis en place par les caisses d'assurance maladie ;
- le cas échéant, sa collaboration aux différents services mis en place par les caisses d'assurance maladie à destination des assurés.

Le contrat peut comporter des engagements spécifiques en matière de permanence des soins ou d'implantation ou de maintien dans les zones mentionnées au deuxième alinéa du II de l'article L. 221-1-1 et au 3° du II de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Les contrats prévoient les conditions dans lesquelles la caisse primaire d'assurance maladie peut, lorsque les engagements ne sont pas tenus, mettre fin à l'adhésion du professionnel ou du centre de santé, après que celui-ci a été en mesure de présenter ses observations.

Si les contrats comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne peuvent être proposés à l'adhésion des professionnels de santé ou du centre de santé qu'après avoir reçu l'avis de la Haute Autorité de santé. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par l'agence. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

Les contrats régionaux sont approuvés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires. A l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.

Toutefois, pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par la convention médicale, le ministre chargé de la santé ou, pour les contrats régionaux, le représentant de l'Etat dans la région peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

Les contrats nationaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les contrats régionaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'union régionale des caisses d'assurance maladie au représentant de l'Etat dans la région. Les contrats sont également transmis, en tant qu'ils concernent les médecins, aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral.

Article L162-12-19

En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées à l'article L. 162-14-1, en l'absence d'accord national pour les centres de santé ou en l'absence d'accords de bon usage des soins, de contrats de bonne pratique ou de contrats de santé publique, et après consultation de la Haute Autorité de santé, si les accords comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, et des syndicats représentatifs des professions concernées, les accords ou contrats mentionnés aux articles L. 162-12-17, L. 162-12-18 et L. 162-12-20 peuvent être fixés par arrêté interministériel pris sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou, à défaut, à l'initiative des ministres compétents.

Article L162-12-20

Des contrats de santé publique sont définis, à l'échelon national, par les parties à la ou les conventions et l'accord national mentionnés aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1, et, à l'échelon régional, par les unions régionales des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par les syndicats signataires de la ou des conventions nationales et de l'accord national. Les professionnels conventionnés ou les centres de santé adhérant à l'accord national peuvent adhérer individuellement à des contrats de santé publique qui peuvent ouvrir droit à une rémunération forfaitaire. Lorsqu'ils sont conclus au niveau régional, ces contrats doivent être conformes aux objectifs, thèmes et règles générales de mise en oeuvre mentionnés dans la convention nationale.

Ces contrats fixent les engagements des professionnels concernés et précisent les modalités d'actualisation de la rémunération forfaitaire qui leur est associée.

Ils comportent nécessairement, en complément des mesures prévues en la matière par l'accord-cadre et par la ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 ou par l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1, des engagements des professionnels relatifs à leur participation :

1° Soit à des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins, notamment à des réseaux de soins ;

2° Soit à des actions de prévention.

Si les contrats comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne peuvent être proposés à l'adhésion des professionnels de santé ou des centres de santé qu'après avoir reçu l'avis favorable de la Haute Autorité de santé. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par l'agence. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

Ces contrats sont approuvés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires ; à l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.

Toutefois, pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par la convention médicale, le ministre chargé de la santé ou, pour les contrats régionaux, le représentant de l'Etat dans la région peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

Les contrats nationaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les contrats régionaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'union régionale des caisses d'assurance maladie au représentant de l'Etat dans la région. Les contrats sont également transmis, en tant qu'ils concernent les médecins, aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral.

Article L162-12-21

Les organismes locaux d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés et aux centres de santé adhérant à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 de leur ressort d'adhérer à un contrat conforme à un contrat type élaboré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis des organisations syndicales signataires de la convention mentionnée à l'article L. 162-5 ou à l'article L. 162-32-1 pour ce qui les concerne.

Ce contrat comporte des engagements individualisés qui peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels. Le contrat peut faire l'objet d'avenants destinés à y intégrer les objectifs fixés chaque année en matière de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie.

Ce contrat détermine les contreparties financières, qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel ou le centre de santé.

Le contrat type est transmis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui peuvent s'y opposer dans un délai fixé par décret.

Ces ministres peuvent suspendre l'application des contrats pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats ne sont pas conformes aux objectifs poursuivis.

Section 3 : Directeurs de laboratoires.

Article L162-13

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1110-8 du code de la santé publique, le patient non hospitalisé a la liberté d'aller dans le laboratoire de biologie médicale de son choix.

Article L162-13-1

Le biologiste médical effectue les examens de biologie médicale en observant la plus stricte économie compatible avec l'exacte exécution des prescriptions. Cette disposition s'applique également aux examens réalisés en application des dispositions de l'article L. 6211-8 et L. 6211-9 du code de la santé publique.

Article L162-13-2

Un examen de biologie médicale réalisé à la demande du patient ne fait pas l'objet d'un remboursement. Lorsque le biologiste médical effectue de tels examens, il informe le patient de leur caractère non remboursable et demande son accord pour les réaliser. Le biologiste médical mentionne ces examens non remboursables sur la feuille de soins. Il en va de même pour les examens prescrits et non remboursables.

Article L162-13-3

En cas de transmission d'un échantillon biologique dans les conditions mentionnées aux articles L. 6211-19 et L. 6211-20 du code de la santé publique, le laboratoire de biologie médicale qui a pris en charge le prélèvement et transmis l'échantillon biologique mentionne sur sa propre feuille de soins la totalité des honoraires correspondant à l'ensemble des examens de biologie médicale réalisés.

Article L162-13-4

Aucun acte technique médical, à l'exception de ceux directement liés à l'exercice de la biologie médicale, ni aucune consultation ne peuvent être facturés au sein d'un laboratoire de biologie médicale.

Article L162-14

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des directeurs de laboratoire de biologie médicale et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales ;

2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les laboratoires des obligations qui découlent pour eux de l'application de la convention ;

3° (Abrogé) ;

4° (Abrogé)

5° Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des directeurs de laboratoire de biologie médicale participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des directeurs de laboratoire de biologie médicale, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

6° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des analyses de biologie médicale ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des directeurs de laboratoire de biologie médicale.

La convention définit les exigences particulières sans motif médical des patients donnant lieu à dépassement des tarifs.

Section 3.1 : Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3

Article L162-14-1

I.-La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :

1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;

2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;

3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;

4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;

5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, en application des articles L. 242-11, L. 612-1, L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux

organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;

6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7.

II.-Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé relatifs aux pathologies ou aux traitements peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives signataires des conventions nationales de chacune de ces professions, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.

Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en oeuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.

Article L162-14-2

I. - En cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration d'une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 ou d'opposition à la nouvelle convention dans les conditions prévues à l'article L. 162-15, un arbitre arrête un projet de convention dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé.

Le projet est soumis aux ministres pour approbation et publication, selon les règles prévues à l'article L. 162-15, sous la forme d'un règlement arbitral.

Les dispositions conventionnelles antérieures continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement.

Le règlement arbitral est arrêté pour une durée de cinq ans. Toutefois, les partenaires conventionnels engagent des négociations en vue d'élaborer une nouvelle convention au plus tard dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur du règlement arbitral. Celui-ci cesse d'être applicable à compter de l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention. Les dispositions du présent article sont applicables à son renouvellement.

II. - L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des professionnels de santé libéraux concernés. A défaut ou en cas d'opposition à cette désignation, formée dans les mêmes conditions que celles définies au quatrième alinéa de l'article L. 162-15, il est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Article L162-14-3

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire peut participer à la

négociation et à la conclusion d'un accord, d'une convention ou d'un avenant prévus aux articles L. 162-1-13, L. 162-12-17, L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-32-1, L. 165-6 et L. 322-5-1. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie informe l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de son intention d'ouvrir une négociation. L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire fait part, dans un délai fixé par décret, de sa décision d'y participer. En ce cas, elle peut demander à être auditionnée par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Les accords, conventions ou avenants concernant des professions ou prestations, définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour lesquelles la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire, ne sont valides que s'ils sont également conclus par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

En cas de refus de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de conclure un accord, une convention ou un avenant, constaté dans des conditions fixées par décret, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie fait part aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale du constat de désaccord. S'il s'agit d'un accord, d'une convention ou d'un avenant mentionnés au deuxième alinéa, elle ne peut alors leur transmettre l'accord, la convention ou l'avenant en vue de l'approbation prévue à l'article L. 162-15 qu'après un délai minimal fixé par décret.

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

Article L162-14-1-1

I. # Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2 entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation prévue à l'article L. 162-15 de la convention, de l'accord ou de l'avenant comportant cette mesure.

II. # Lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article LO 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2 est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale concernée. A défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1er janvier de l'année suivante.

Article L162-14-1-2

I.-La validité des conventions et accords mentionnés à l'article L. 162-5 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national en

application de l'article L. 162-33 et ayant réuni, aux élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national dans chacun des trois collèges.

II.-La validité des conventions et accords mentionnés aux articles L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 et ayant réuni, aux élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national. Pour les professions pour lesquelles, en application du même article, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, les conventions ou accords sont valides dès lors qu'ils sont signés par une organisation syndicale représentative au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du présent code.

Sous-section 1 : Conditions d'application des conventions, de leurs annexes et avenants

Article L162-15

Les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et les accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1, leurs annexes et avenants sont transmis, au nom des parties signataires, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers ou des pédicures-podologues est consulté par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de ces professions. L'avis rendu est transmis simultanément à l'union et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'accord-cadre, les accords conventionnels interprofessionnels, les conventions, annexes et avenants sont approuvés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ils sont réputés approuvés si les ministres n'ont pas fait connaître aux signataires, dans le délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsqu'il est porté atteinte au principe d'un égal accès aux soins.

Toutefois, lorsque la non-conformité aux lois et règlements en vigueur de l'accord-cadre, des accords conventionnels interprofessionnels, de la convention, de l'avenant ou de l'annexe concerne seulement une ou plusieurs dispositions divisibles, les ministres compétents peuvent, dans le délai prévu ci-dessus, disjoindre cette ou ces seules dispositions de l'approbation. Ils notifient cette disjonction à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Ils peuvent également, dans les mêmes conditions, lorsque l'accord-cadre, une convention ou un avenant a pour objet de rendre opposables les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15, exclure certaines références de l'approbation dans l'intérêt de la santé publique. Il est fait mention de ces exclusions lors de la publication.

L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu à la section 1 du présent chapitre par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés, dans chacun des trois collèges, lors des élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins fait obstacle à

sa mise en œuvre.

L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu aux sections 2 et 3 du présent chapitre, de l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et des accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1 par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique fait obstacle à sa mise en œuvre.

Pour les professions pour lesquelles, en application de l'article L. 4031-2 du même code, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, l'opposition fait obstacle à la mise en œuvre de la convention ou de l'accord si elle est formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du présent code réunissant au moins le double des effectifs de professionnels représentés par les organisations syndicales signataires.

L'accord-cadre, les accords conventionnels interprofessionnels, les conventions et leurs avenants approuvés sont publiés au Journal officiel de la République française.

L'accord-cadre, les conventions nationales, leurs avenants, le règlement et les accords de bon usage des soins mentionnés à l'article L. 162-12-17 sont applicables :

1° Aux professionnels de santé qui s'installent en exercice libéral ou qui souhaitent adhérer à la convention pour la première fois s'ils en font la demande ;

2° Aux autres professionnels de santé tant qu'ils n'ont pas fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils ne souhaitent plus être régis par ces dispositions.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention, l'avenant, l'accord-cadre ou l'accord interprofessionnel. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3.

Article L162-15-1

La caisse primaire d'assurance maladie peut décider de placer un professionnel de santé hors de la convention pour violation des engagements prévus par celle-ci ; cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par la convention, lui permettant notamment de présenter ses observations ; elle ne fait pas obstacle à l'application éventuelle des dispositions de l'article L. 133-4 et du chapitre V du titre IV du présent livre.

En cas d'urgence, lorsque la violation des engagements prévus par la convention est particulièrement grave ou qu'il en résulte pour l'organisme un préjudice financier, la caisse primaire d'assurance maladie peut décider de suspendre les effets de la convention après avoir mis à même le professionnel de présenter ses observations. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions et les

modalités d'application du présent alinéa.

Article L162-15-2

En l'absence d'opposition à leur reconduction formée, dans des conditions prévues par voie réglementaire, par l'un au moins des signataires ou par un ou plusieurs syndicats représentatifs des professions concernées, les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre et l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 sont renouvelés par tacite reconduction.

Les conventions, l'accord-cadre et les accords conventionnels interprofessionnels, arrivés à échéance ou résiliés, continuent de produire leurs effets jusqu'à la publication au Journal officiel des nouvelles conventions ou des nouveaux accord-cadre et accords conventionnels interprofessionnels ou du règlement arbitral qui les remplacent.

Lorsqu'une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 est conclue et approuvée dans les conditions prévues à l'article L. 162-15, la convention précédente est réputée caduque.

Sous-section 3 : Dispositions diverses

Article L162-15-4

Les réclamations concernant les relations d'un organisme local d'assurance maladie avec ses usagers sont reçues par une personne désignée par le directeur après avis du conseil au sein de cet organisme afin d'exercer la fonction de conciliateur pour le compte de celui-ci. Son intervention ne peut pas être demandée si une procédure a été engagée devant une juridiction compétente par l'usager la sollicitant. L'engagement d'une telle procédure met fin à la conciliation.

Un conciliateur commun à plusieurs organismes locaux d'assurance maladie peut être désigné conjointement par les directeurs des organismes concernés après avis de leurs conseils respectifs.

Section 4 : Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques.

Article L162-16

Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de l'application de l'article L. 593 du code de la santé publique.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité décidé par le Comité économique des produits de santé institué

par l'article L. 162-17-3 du présent code, sauf opposition conjointe des ministres concernés, qui arrêtent dans ce cas le tarif forfaitaire de responsabilité dans un délai de quinze jours après la décision du comité.

Les dispositions du cinquième alinéa du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire.

Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune, en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, la délivrance de cette spécialité ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe.

Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application du troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe.

En cas d'observation des dispositions des cinquième et sixième alinéas, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée aux cinquième et sixième alinéas, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget.

Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale.

Les médicaments dispensés par un pharmacien en application de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance au-delà de la durée de traitement initialement prescrite.

Les médicaments renouvelés par une infirmière ou un infirmier en application du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code.

Les médicaments dispensés par un pharmacien en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code.

Article L162-16-1

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation(s) syndicales(s) représentative(s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, d'autre part.

La convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ;

2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ;

3° (Abrogé) ;

4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ;

5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques ;

6° Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique en application des dispositions prévues à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique ;

7° La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ;

8° La rémunération, autre que celle des marges prévues au même article L. 162-38, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ;

9° Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines dans le respect des articles L. 5125-3 et L. 5125-4 du code de la santé publique ;

10° Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des frais de dispensation ou de la rémunération mentionnés aux 7° et 8° du présent article. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention ou de l'avenant comportant la mesure conventionnelle. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3.

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.

La convention et ses avenants, lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

L'arrêté peut, lorsque la convention ou un avenant de celle-ci comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation.

Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° du présent article entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure.

Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article LO 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° du présent article est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale. A défaut d'un avenant fixant une nouvelle date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1er janvier de l'année suivante.

Le II de l'article L. 162-14-1 est applicable aux pharmaciens titulaires d'officine.

Article L162-16-2

Un bilan annuel relatif à l'application de la convention et à la situation économique des officines auxquelles s'applique ladite convention et en relation avec les prestations prises en charge par l'assurance maladie est établi par les parties signataires.

Article L162-16-3

I. - Les dispositions qui s'imposent aux pharmaciens titulaires d'officine au titre du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-1 sont applicables à la personne qui remplace régulièrement le pharmacien titulaire de l'officine, pour la durée du remplacement, dans les conditions prévues à l'article L. 580 du code de la santé publique.

II. - Les dispositions qui s'imposent aux pharmaciens titulaires d'officine au titre de l'article L. 162-16-1 sont applicables aux pharmaciens assistants de l'officine.

Article L162-16-3-1

Selon des modalités déterminées en application des articles L. 162-16-1 et L. 161-34, les organismes d'assurance maladie peuvent s'engager, en cas de dispense d'avance de frais totale ou partielle consentie à l'assuré, à effectuer le calcul des sommes dues aux pharmaciens titulaires d'officines sur la base des informations transmises par la carte de cet assuré. Toutefois, ce paiement ne peut être effectué lorsque la carte fait l'objet d'une inscription sur la liste d'opposition mentionnée à l'article L. 161-31.

Article L162-16-4

Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. Lorsque la fixation du prix du médicament est fondée sur une appréciation de l'amélioration du service médical rendu différente de celle de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé fait connaître à la commission les motifs de son appréciation.

Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation des prix.

Sont constatées et poursuivies, dans les conditions fixées par le titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

Article L162-16-5

Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée, est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier, auquel s'ajoute une

marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités.

A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession au public est fixé par décision du Comité économique des produits de santé et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du prix de cession tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament, de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique, ainsi que des frais inhérents à la gestion et à la délivrance de la spécialité pharmaceutique.

Tant que le prix de vente déclaré ou le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.

Un accord conclu à cet effet entre le comité et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

Article L162-16-5-1

Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'un médicament bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique déclare au comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. En l'absence de laboratoire exploitant, toute pharmacie à usage intérieur intéressée à l'achat de ce médicament déclare au comité le montant de l'indemnité qui lui est réclamée pour acquérir le produit si cette indemnité n'a pas déjà fait l'objet d'une déclaration au comité. Le comité rend publiques ces déclarations.

Le laboratoire exploitant la spécialité ou, à défaut, les pharmacies à usage intérieur qui se sont procuré ce produit informent annuellement le comité économique du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies ou reçues.

Si le prix ou le tarif de remboursement fixé ultérieurement par le comité économique des produits de santé pour le médicament lors de son inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, ce dernier demande au laboratoire de reverser aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, tout ou partie de la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé sur la base de l'indemnité et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix ou au tarif de remboursement fixé par le comité. Le produit de cette remise est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8.

Article L162-16-6

I. - Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier. A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le tarif de responsabilité est fixé par décision du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du tarif de responsabilité tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de la spécialité pharmaceutique, de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique.

En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients.

Un accord conclu à cet effet entre le Comité économique des produits de santé et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

II. - Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article L162-16-7

Un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité prévu par l'article L. 162-16 du présent code.

Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau constaté de délivrance des spécialités mentionnées au précédent alinéa.

La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-1, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, y compris les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.

L'accord national mentionné au premier alinéa peut décider de maintenir la dispense d'avance de frais dans les zones géographiques pour lesquelles les niveaux de substitution sont supérieurs aux objectifs fixés par cet accord. La suppression de la dispense d'avance de frais s'applique dans les zones géographiques n'ayant pas atteint, au début d'une année, les objectifs fixés pour l'année précédente par les partenaires conventionnels mentionnés au premier alinéa.

Article L162-17

Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La demande d'inscription d'un médicament sur cette liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques contre des stratégies thérapeutiques, lorsqu'elles existent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

Les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont délivrés par

une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisée. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

L'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en oeuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.

En ce qui concerne les médicaments officinaux et les préparations magistrales, un décret en Conseil d'Etat détermine les règles selon lesquelles certaines catégories de ces médicaments peuvent être exclues du remboursement par arrêté interministériel.

Article L162-17-1

Ne peuvent être inscrites sur les listes prévues aux articles L. 162-17 du présent code et L. 618 du code de la santé publique les spécialités définies à l'article L. 601-6 du code de la santé publique dont le nom commercial ne serait pas constitué soit par la dénomination commune assortie d'une marque ou du nom du fabricant, soit par une dénomination de fantaisie suivie d'un suffixe spécifique identifiant la nature générique de la spécialité, déterminé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article L162-17-1-1

Les spécialités pharmaceutiques inscrites sur l'une des listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 sont présentées sous des conditionnements appropriés au regard des indications thérapeutiques justifiant la prise en charge par l'assurance maladie, de la posologie et de la durée du traitement.

Article L162-17-2

L'inscription des médicaments sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 vaut inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 618 du code de la santé publique, en cas de demandes d'inscription simultanée sur les deux listes.

Article L162-17-2-1

Lorsqu'il n'existe pas d'alternative appropriée, toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, tout produit ou toute prestation prescrit en dehors du périmètre des biens et services remboursables pour le traitement d'une affection de longue durée remplissant les conditions prévues

aux 3° ou 4° de l'article L. 322-3 du présent code ou d'une maladie rare telle que définie par le règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge ou d'un remboursement. La spécialité, le produit ou la prestation doit figurer dans un avis ou une recommandation relatifs à une catégorie de malades formulés par la Haute Autorité de santé, après consultation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités pharmaceutiques faisant déjà l'objet, dans l'indication thérapeutique concernée, d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du même code. La prise en charge ou le remboursement sont décidés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. En accord, le cas échéant, avec la recommandation temporaire d'utilisation mentionnée ci-dessus et la convention afférente conclue entre l'entreprise et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'arrêté peut fixer des conditions de prise en charge et comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de déposer, notamment, pour l'indication considérée, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription du produit ou de la prestation sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Il peut également comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de mettre en place un suivi particulier des patients. Cet arrêté peut également fixer les conditions de prise en charge d'une catégorie de spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations présentant des caractéristiques analogues.

Les spécialités, produits ou prestations faisant l'objet de l'arrêté ne peuvent être pris en charge que si leur utilisation est indispensable à l'amélioration de l'état de santé du patient ou pour éviter sa dégradation. Ils doivent en outre être inscrits explicitement dans le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 du présent code. L'arrêté précise le délai au terme duquel le médecin-conseil et le médecin traitant évaluent conjointement l'opportunité médicale du maintien de la prescription de la spécialité, du produit ou de la prestation.

Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation bénéficie d'au moins une indication remboursable, il est pris en charge ou remboursé en application des dispositions des alinéas précédents dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.

Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation n'est inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, il est pris en charge ou remboursé dans la limite d'une base forfaitaire annuelle par patient fixée par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Si l'arrêté de prise en charge comporte une obligation pour le laboratoire ou le fabricant édictée en application du premier alinéa du présent article et que, passé un délai de vingt-quatre mois après la publication de l'arrêté, cette obligation n'a pas été respectée, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du laboratoire ou du fabricant. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les modalités d'application du présent article, notamment la procédure de prise en charge dérogatoire prévue au premier alinéa ainsi que les règles et les délais de procédure, les modes de

calcul de la pénalité financière mentionnée aux deux alinéas précédents et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.

Article L162-17-3

I. - Il est créé, auprès des ministres compétents, un Comité économique des produits de santé. Le comité contribue à l'élaboration de la politique économique du médicament. Il met en oeuvre les orientations qu'il reçoit des ministres compétents, en application de la loi de financement de la sécurité sociale.

Ces orientations portent notamment sur les moyens propres à assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article LO 111-3. En particulier, le comité applique ces orientations aux décisions qu'il prend en application des articles L. 162-16, L. 162-16-4 à L. 162-16-6 et L. 165-2 à L. 165-4.

Les prix de vente au public des médicaments, les tarifs et, le cas échéant, les prix des produits et prestations fixés par le comité sont publiés au Journal officiel de la République française.

Le comité comprend, outre son président et deux vice-présidents choisis par l'autorité compétente de l'Etat en raison de leur compétence dans le domaine de l'économie de la santé, quatre représentants de l'Etat, trois représentants des caisses nationales d'assurance maladie et un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Un décret précise la composition et les règles de fonctionnement du comité, notamment les conditions dans lesquelles assistent sans voix délibérative à ses séances d'autres représentants de l'Etat que ceux mentionnés à l'alinéa précédent ainsi qu'un représentant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnée à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles.

II. - Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses de médicaments en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.

III. - Le rapport d'activité établi par le comité économique des produits de santé est remis chaque année au Parlement.

IV. - Les membres du comité ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal, prendre part ni aux délibérations ni aux votes s'ils ont un intérêt direct ou indirect à l'affaire examinée. Les personnes collaborant aux travaux du comité ne peuvent, sous les mêmes peines, traiter une question dans laquelle elles auraient un intérêt direct ou indirect.

Les membres du comité et les personnes collaborant à ses travaux sont soumis aux dispositions de l'article L. 4113-6 du code de la santé publique et du premier alinéa de l'article L. 4113-13 du même

code.

Les membres du comité adressent au président de celui-ci, à l'occasion de leur nomination ou de leur entrée en fonctions, une déclaration mentionnant leurs liens, directs ou indirects, avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans son champ de compétence, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs. Le président adresse la même déclaration à l'autorité compétente de l'Etat. Cette déclaration est rendue publique et est actualisée par ses auteurs à leur initiative.

Article L162-17-4

En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-16-6 et à l'article L. 162-17. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et, selon une procédure établie par la Haute autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :

1° Le prix ou le prix de vente déclaré mentionné à l'article L. 162-16-5 de ces médicaments, à l'exception de ceux inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché et, le cas échéant, l'évolution de ces prix, notamment en fonction des volumes de vente ;

2° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 162-18 et L. 162-16-5-1 ;

3° Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités ;

4° Les modalités de participation de l'entreprise à la mise en oeuvre des orientations ministérielles précitées ;

4° bis Les conditions et les modalités de mise en oeuvre des études pharmaco-épidémiologiques et des études médico-économiques, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché visée à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou dans le règlement (CEE) n° 2309 / 93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments.

5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés aux 3° et 4°.

L'accord-cadre visé ci-dessus peut prévoir également les modalités d'information des entreprises titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament princeps sur l'avancement de la procédure d'inscription au remboursement des spécialités génériques de ce médicament.

Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions

précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application de l'article L. 162-16-4.

Lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé prononce, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet de la publicité interdite durant les six mois précédant et les six mois suivant la date d'interdiction.

Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par la mesure d'interdiction et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent.

En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4° bis, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement.

Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.

La pénalité, prononcée au titre d'une mesure d'interdiction de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° bis est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8 du présent code.

Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Article L162-17-4-1

I. # Les conventions mentionnées à l'article L. 162-17-4 peuvent comporter l'engagement de l'entreprise ou du groupe d'entreprises de mettre en œuvre des moyens tendant à limiter l'usage constaté des médicaments en dehors des indications de leur autorisation de mise sur le marché lorsque cet usage ne correspond pas à des recommandations des autorités sanitaires compétentes.

Ces moyens consistent notamment en des actions d'information spécifiques mises en œuvre par l'entreprise ou le groupe d'entreprises en direction des prescripteurs.

II. # En cas de manquement d'une entreprise ou d'un groupe d'entreprises à un engagement souscrit en application du I, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après qu'ils ont été mis en mesure de présenter leurs observations, une pénalité financière à l'encontre de cette entreprise ou de ce groupe d'entreprises. La pénalité est reconductible chaque année, dans les

mêmes conditions, en cas de persistance du manquement.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise ou le groupe d'entreprises au titre du ou des médicaments objets de l'engagement souscrit durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les règles et délais de procédure ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat.

Article L162-17-6

L'entreprise qui exploite un médicament peut, lorsque ce médicament présente, par son amélioration du service médical rendu, un intérêt particulier pour la santé publique, demander à bénéficier d'une procédure d'inscription accélérée sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17.

Un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise notamment les médicaments auxquels cette procédure est applicable, les modalités de mise en oeuvre et la nature des engagements que doit prendre l'entreprise.

Article L162-17-7

S'il s'avère, postérieurement à l'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, que l'entreprise qui exploite le médicament n'a pas fourni, en signalant la portée, des informations connues d'elle avant ou après l'inscription et que ces informations conduisent à modifier les appréciations portées par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique notamment pour ce qui concerne le service médical rendu ou l'amélioration du service médical rendu par ce médicament, le Comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires total hors taxes réalisé en France par l'entreprise au cours du dernier exercice clos.

Les modalités d'application du présent article, notamment la nature des informations concernées, les règles et délais de procédure, les modes de calcul de la pénalité financière et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8 du présent code.

Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Article L162-17-8

Une charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la promotion des spécialités pharmaceutiques par prospection ou démarchage est conclue entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises du médicament.

Elle vise, notamment, à mieux encadrer les pratiques commerciales et promotionnelles qui pourraient nuire à la qualité des soins. A cet effet, le Comité économique des produits de santé peut fixer des objectifs annuels chiffrés d'évolution de ces pratiques, le cas échéant pour certaines classes pharmaco-thérapeutiques ou pour certains produits.

Le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise qui n'a pas respecté les décisions du comité mentionnées au deuxième alinéa prises à son encontre. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits considérés. La pénalité est déterminée en fonction de la gravité du manquement constaté.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les règles et délais de procédure ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat.

Article L162-18

Les entreprises qui exploitent une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France.

Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet.

Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Article L162-19

La Caisse nationale du régime social des indépendants et la caisse centrale de secours mutuels agricoles peuvent conclure conjointement avec la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés les conventions prévues à l'article L. 162-16.

Section 5 : Etablissements de santé.

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article L162-20

Les assurés sociaux sont hospitalisés dans les établissements publics de santé aux tarifs fixés par l'autorité administrative compétente.

Article L162-21

L'assuré ne peut être couvert de ses frais de traitement dans les établissements de santé de toute nature que si ces établissements sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux.

Dans ces établissements de santé, il peut être demandé à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité, à l'occasion des soins qui lui sont dispensés, par la production d'un titre d'identité comportant sa photographie.

Article L162-21-1

L'assuré est dispensé, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, de l'avance des frais d'hospitalisation dans les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 et à l'article L. 174-1.

Article L162-21-2

Il est créé, auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, un conseil de l'hospitalisation. Ce conseil contribue à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé ainsi qu'à la détermination des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation.

Les décisions relatives au financement des établissements de santé, à la détermination des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation, notamment celles portant sur les éléments mentionnés aux articles L. 162-22-3, L. 162-22-10 et L. 162-22-13, sont prises sur la

recommandation de ce conseil.

Lorsque la décision prise est différente de la recommandation du conseil, elle est motivée. En cas de carence du conseil, les ministres compétents l'informent de la décision prise et le conseil donne un avis sur la décision.

Le conseil est également informé des orientations de la politique salariale et statutaire et des conséquences financières de chaque projet d'accord ou de protocole d'accord destiné à être conclu entre l'Etat et les organisations syndicales.

Le conseil consulte les fédérations nationales représentatives des établissements de santé sur les dossiers dont il a la charge. Il peut commander des études à des organismes extérieurs.

La composition, les modalités de représentation des organismes nationaux d'assurance maladie et les règles de fonctionnement du conseil sont déterminées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article L162-21-3

Il est créé, auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

L'observatoire est chargé du suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation et de la situation financière des établissements de santé publics et privés. Il se fonde notamment sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités.

Afin de remplir ses missions, l'observatoire est rendu destinataire, à sa demande, des données nécessaires à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés.

Il remet au Gouvernement et au Parlement un rapport semestriel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Le Gouvernement consulte l'observatoire préalablement à la mise en oeuvre de la procédure prévue au II bis des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10.

L'observatoire est composé :

1° De représentants des services de l'Etat ;

2° De représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés ;

3° De représentants des organismes nationaux de l'assurance maladie.

Les règles relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement de l'observatoire sont définies par décret.

Article L162-22

Un décret en Conseil d'Etat détermine, parmi les soins définis à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique qui sont dispensés dans les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du même code :

1° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-6 ;

2° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et aux dispositions de l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ;

3° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 174-5.

Sous-section 2 : Frais d'hospitalisation remboursés sur la base de tarifs journaliers propres à certains établissements de santé privés

Article L162-22-1

Pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine :

1° Les catégories de prestations d'hospitalisation, sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

3° Les modalités de détermination par l'agence régionale de santé des tarifs des prestations des établissements nouvellement créés ou issus d'un regroupement entre établissements ainsi que des tarifs des prestations correspondant à des activités nouvellement autorisées ou reconnues au sein d'un établissement ;

4° Les méthodes permettant de calculer le montant des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ;

5° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

Article L162-22-2

I.-Chaque année est défini un objectif quantifié national relatif aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué par le montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre de ces activités au cours de l'année et supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie et tient compte notamment des créations et fermetures d'établissements. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

Le montant de l'objectif quantifié national est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il distingue la part afférente à chacune des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

II.-Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet, notamment, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours.

Article L162-22-3

I.-Chaque année, l'Etat détermine :

1° L'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1, selon les modalités prévues à l'article L. 162-22-2. Ces évolutions peuvent être différentes pour certaines activités médicales ;

2° Les variations maximales et minimales des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être allouées aux établissements par les agences régionales ;

3° Les tarifs des prestations d'hospitalisation nouvellement créées dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-1.

II.-La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, aux agences régionales de santé, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région, par établissement et par nature d'activité.

II bis.-Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2.

III.-Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article L162-22-4

Chaque année, l'Etat détermine, dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1 à L. 162-22-3, les règles générales de modulation des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 des établissements de la région, en fonction des données disponibles sur l'activité des établissements et notamment des informations mentionnées aux articles L. 6113-7 à L. 6113-9 du code de la santé publique.L'Etat détermine, en outre, compte tenu des objectifs du schéma d'organisation des soins et des orientations du conseil régional de santé, les critères susceptibles d'être pris en compte pour accorder à certains établissements, notamment en vue de l'amélioration de la qualité des soins, des évolutions de tarifs différentes du taux moyen d'évolution arrêté dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 162-22-3.

Article L162-22-5

I.-Les tarifs des prestations afférents aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1er mars de l'année en cours.

II.-L'Etat fixe les tarifs de responsabilité applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6.

Sous-section 3 : Frais d'hospitalisation remboursés sur la base de tarifs nationaux.

Article L162-22-6

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements suivants :

a) Les établissements publics de santé, à l'exception des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique ;

b) Les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XX de l'article 1er de cette loi ;

c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XXI de l'article 1er de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée ;

d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé ;

e) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d.

Ce décret précise :

1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en oeuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

Article L162-22-7

L'Etat fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées.

Bénéficient d'un remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie les établissements qui ont adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations établi conjointement par le directeur général de l'agence régionale de santé et l'assurance maladie dans des conditions définies par décret.

Lorsque l'établissement adhérent ne respecte pas les stipulations de ce contrat et après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations, ce remboursement peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie et en tenant compte des manquements constatés.

Les établissements qui n'ont pas adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations bénéficient d'un remboursement à hauteur de 70 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

La prise en charge des médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés.

Article L162-22-7-1

Le Comité économique des produits de santé peut fixer pour chacun des médicaments ou produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le tarif de responsabilité mentionné aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7. Les entreprises peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser sous forme de remise à l'assurance maladie un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire.

Article L162-22-7-2

L'Etat arrête, sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2, deux taux prévisionnels d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes respectivement à ces spécialités pharmaceutiques et à ces produits et prestations.

Lorsqu'elle estime, compte tenu des référentiels et recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, que le dépassement d'au moins un de ces taux par un établissement de santé n'est pas justifié, l'agence régionale de santé conclut, pour une durée d'un an, avec les autres signataires du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7, un plan d'actions visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques de cet établissement. Ce plan d'actions est annexé au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations.

En cas de refus de l'établissement de signer ce plan ou si l'établissement ne respecte pas le plan auquel il a souscrit, le remboursement de la part prise en charge par l'assurance maladie est réduit à concurrence de 10 %, pour une durée d'un an, en fonction des manquements observés, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations. Le cas échéant, cette réduction se cumule avec celle résultant de l'article L. 162-22-7, dans la limite maximale de 30 %. La différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

Article L162-22-8

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, certaines activités mentionnées au 1° de

l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 et qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants, quel que soit le volume d'activité réalisé, peuvent bénéficier d'un forfait annuel ou d'un financement conjoint sous la forme de tarifs de prestations d'hospitalisation et d'un forfait annuel versé, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-15. La liste de ces activités est fixée par décret.

Article L162-22-9

I.-Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

Le montant de cet objectif commun est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Cet objectif prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

II.-Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif commun ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I du même article peuvent également être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations.

Article L162-22-10

I.-Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :

1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;

2° Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 ;

3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée.

Les éléments mentionnés aux 1° et 3° prennent effet le 1er mars de l'année en cours et ceux mentionnés au 2° le 1er janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II bis.

II.-La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-9 en distinguant, d'une part, le montant annuel des charges afférentes à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges en identifiant les dépenses relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile.

II bis.-Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations.

III.-Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

IV.-Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.

Article L162-22-11

Dans les établissements mentionnés aux a à c de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° du même I, servent de base à l'exercice des recours contre tiers et à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du présent code et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

Article L162-22-11-1

Pour la prise en charge, dans le cadre des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, les tarifs des prestations d'hospitalisation sont basés, selon un mode de calcul fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale, sur :

1° Une fraction, au moins égale à 80 %, des tarifs nationaux mentionnés au I de l'article L. 162-22-10 du présent code ;

2° Pour les établissements visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, une fraction au plus égale à 20 % des tarifs permettant de fixer les conditions et modalités de la participation du patient mentionnés

au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) ;

3° Un coefficient permettant la prise en compte des spécificités liées à l'accueil et à la prise en charge de ces patients.

La facturation de la prise en charge de ces patients tient également compte :

- a) Des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ;
- b) Du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4.

Article L162-22-12

L'Etat arrête le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 de chaque établissement.

Article L162-22-13

Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4° du I de l'article LO 111-3, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code, à ceux relatifs à la mise en oeuvre des orientations du schéma régional d'organisation des soins, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de communautés hospitalières de territoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en oeuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas.

L'Etat détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le montant de la dotation nationale et fixe, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements.

Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines

populations spécifiques susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une dotation.

Article L162-22-14

Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par l'Etat en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement, ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu à l'article L. 162-22-13.

Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation ainsi que les modalités de répartition entre les régimes des sommes versées à ce titre par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont fixées à l'article L. 162-22-15.

Article L162-22-15

Les forfaits annuels et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8 et L. 162-22-14 sont versés, dans les conditions fixées par voie réglementaire, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18.

La répartition des sommes versées au titre de l'alinéa précédent aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 d'une part, et la répartition de celles versées aux établissements de santé privés mentionnés au d du même article d'autre part, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée chaque année au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de ces établissements.

Les modalités d'application du présent article sont précisées par un décret en Conseil d'Etat.

Article L162-22-16

La part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique est financée par une dotation annuelle de financement dans les conditions prévues à l'article L. 174-1.

Article L162-22-17

Sans préjudice des dispositions prévues par le code de la santé publique, un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les modalités de contrôle, par les agences régionales de santé, de l'exécution des

obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements.

Article L162-22-18

Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée.

Cette sanction est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé, à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin ou les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie en application du programme de contrôle régional établi par l'agence. Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance maladie et du contrôle médical. La motivation de la sanction indique, si tel est le cas, les raisons pour lesquelles le directeur général n'a pas suivi l'avis de la commission de contrôle. La sanction est notifiée à l'établissement.

Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues et du caractère réitéré des manquements. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours, dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

Les établissements qui font obstacle à la préparation et à la réalisation du contrôle sont passibles d'une sanction dont le montant ne peut excéder la limite fixée au troisième alinéa.

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

Article L162-22-19

Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises sur :

1° La tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. A ce titre, sont notamment décrites les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur le coût de leurs missions de service public. En outre, le rapport souligne les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Enfin, le rapport souligne les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne ;

2° Les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées à l'article L. 162-22-13. A ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque

établissement ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements ;

3° Le processus de convergence des tarifs, tel que mentionné à l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003). A ce titre, le rapport met en perspective le programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018.

Sous-section 4 : Dispositions diverses

Article L162-24-1

La tarification des prestations supportées par l'assurance maladie et délivrées par les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles est fixée dans les conditions prévues à l'article L. 314-1 du même code.

Les tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale sont compétents en premier ressort pour statuer en matière contentieuse sur les recours contre les décisions de l'autorité susmentionnée.

Article L162-25

Par dérogation à l'article L. 332-1, l'action des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26, à compter de la date de réalisation de l'acte.

Le présent article s'applique aux prestations réalisées à compter du 1er janvier 2012.

Article L162-26

Les consultations et actes externes, ainsi que ceux réalisés dans un service chargé des urgences d'un établissement de santé mentionné aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. Les tarifs des consultations et des actes ainsi fixés servent de base au calcul de la participation de l'assuré, à la facturation de ces prestations aux patients non couverts par un régime de l'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers.

Pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie, la part prise en charge par l'assurance maladie des consultations et actes mentionnés à l'alinéa précédent est incluse dans la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1.

Un arrêté fixe le montant de la majoration appliquée aux patients qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consultent un médecin spécialiste hospitalier. Cette majoration ne s'applique pas aux patients suivant un protocole de soins. Elle ne s'applique pas aux consultations et actes

réalisés en cas d'urgence.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux consultations et actes réalisés par les praticiens hospitaliers dans le cadre de l'activité libérale définie à l'article L. 6154-2 du code de la santé publique.

Article L162-26-1

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du présent code et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement de santé prévu au d de l'article L. 162-22-6 du présent code emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié pour assurer des activités de soins, les honoraires afférents à ces activités peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles.

Article L162-27

Les spécialités pharmaceutiques classées par leur autorisation de mise sur le marché dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière et devant être administrées dans un environnement hospitalier peuvent être directement fournies par la pharmacie à usage intérieur en vue de leur administration au cours de la prise en charge d'un patient dont l'état de santé nécessite des soins non suivis d'hospitalisation dans un établissement de santé.

Dans ce cas, ces spécialités font l'objet d'une prise en charge, en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 ou des actes et consultations mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-26, sur la base des tarifs définis aux alinéas suivants du présent article. Lorsque le montant de la facture est inférieur au tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture, majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Lorsque ces spécialités sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, elles bénéficient d'un remboursement sur facture de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sur la base du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 162-16-6.

Lorsque ces spécialités ne sont pas inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, le Comité économique des produits de santé fixe un tarif de prise en charge des spécialités selon la procédure mentionnée au I de l'article L. 162-16-6. Toutefois, dans ce cas, la décision du comité mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 intervient au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours suivant, soit l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, soit, pour les médicaments déjà inscrits sur cette liste, la notification de la décision prévoyant leur classement dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière mentionnée au premier alinéa du présent article.

Article L162-28

Les caisses peuvent conclure des contrats avec les mutuelles ou unions régies par le livre III du code de la mutualité, en vue d'offrir aux assurés sociaux les services proposés par les réalisations sanitaires et sociales créées par ces organismes mutualistes.

Les tarifs d'hospitalisation fixés par ces contrats sont soumis à l'homologation dans les conditions prévues aux articles L. 162-22, L. 162-23 et L. 162-24.

Article L162-29

Les établissements publics de santé et les établissements privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier sont tenus de permettre aux organismes d'assurance maladie d'exercer leur contrôle en vertu de l'article L. 162-30 sur les assurés hospitalisés et sur l'activité des services dans les conditions définies par un décret en Conseil d'Etat qui fixe notamment la teneur, la périodicité et les délais de production des informations qui doivent être adressées à cette fin aux organismes d'assurance maladie.

Article L162-29-1

Les établissements de santé privés ne participant pas au service public hospitalier sont tenus de fournir aux organismes d'assurance maladie les informations nécessaires au contrôle de l'activité des services.

Ces informations peuvent être recueillies sur pièces et sur place.

Un décret en Conseil d'Etat fixe notamment la teneur, la périodicité et les délais de production des informations qui doivent être adressées à cette fin aux organismes d'assurance maladie ainsi que les catégories d'agents de ces organismes qui ont qualité pour recueillir ces informations sur place.

Article L162-30

Les établissements publics de santé ou privés sont tenus d'aviser la caisse primaire intéressée, dans un délai lui permettant d'assurer son contrôle, si le séjour du malade paraît devoir être prolongé au-delà d'un délai déterminé, sauf s'il s'agit d'un malade mentionné aux 3° et 4° de l'article L. 322-3.

En cas de carence de l'établissement, la caisse d'assurance maladie est fondée à refuser le remboursement de tout ou partie des éléments constituant les frais d'hospitalisation correspondant au séjour au-delà du délai prévu à l'alinéa précédent. L'établissement hospitalier ne peut alors réclamer à l'assuré le paiement de la partie des frais non remboursés.

Les frais de séjour sont supportés par l'établissement sur ses ressources propres.

Article L162-30-1

Conformément aux dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 710-2 du code de la santé publique, les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de la santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, aux informations médicales visées audit article lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Article L162-30-2

Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'Etat arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6.

Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux non justifiée au regard de son activité et de sa patientèle, elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et les produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, d'une durée de trois ans.

Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, de l'établissement, corrélée à son activité et à sa patientèle, en lien avec le taux d'évolution des dépenses de médicaments fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;

2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste.

En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments

mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicaments qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article.

Section 6 : Actions expérimentales.

Article L162-31

Lorsque les actions expérimentales de caractère médical et social sont menées par des personnes physiques ou morales, de droit public ou privé, faisant l'objet, à cette fin, d'un agrément, par l'autorité administrative, les dépenses prises en charge au titre de l'article L. 313-4, du 1° de l'article L. 321-1, de l'article L. 331-2 et du 1° de l'article L. 431-1 peuvent faire l'objet d'un règlement forfaitaire par les caisses d'assurance maladie.

Les modalités de règlement font l'objet de conventions soumises à l'approbation de l'autorité administrative et passées entre les organismes d'assurance maladie et les personnes en cause.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article ainsi que les modalités d'évaluation de ces actions, en relation, notamment, avec les élus locaux, les organismes d'assurance maladie et les professions de santé.

Section 7 : Centres de santé

Article L162-32

Les caisses primaires d'assurance maladie versent aux centres de santé une subvention égale à une partie des cotisations dues par ces centres en application de l'article L. 241-1 pour les personnes qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux relevant des sections 1 et 2 du présent chapitre.

Lorsque le personnel des centres de soins infirmiers est affilié aux assurances sociales agricoles, la partie des cotisations d'assurance maladie versées en application de l'article 1031 du code rural est prise en charge par la caisse de mutualité sociale agricole compétente et imputée sur les dépenses d'assurance maladie.

Les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie.

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

Article L162-32-1

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents.

Cet accord détermine notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de santé ;

2° Les conditions générales d'application des conventions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre aux différents professionnels exerçant dans des centres de santé ; ces conditions ne peuvent pas modifier les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires déterminés par ces conventions ;

3° Les modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire menées par les centres de santé ;

4° Les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins ;

5° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé ;

6° Les conditions dans lesquelles les organismes d'assurance maladie participent à des actions d'accompagnement de l'informatisation des centres de santé, notamment pour ce qui concerne la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge. Les centres s'engagent dans ce cadre à réaliser un taux significatif de télétransmission de documents nécessaires au remboursement des actes ou des prestations qu'ils dispensent ;

7° (Abrogé) ;

8° Le cas échéant, des dispositifs d'aide visant à faciliter l'installation des centres de santé dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la

santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles ces centres bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour les conduire à intégrer dans leurs équipes des professionnels de santé exerçant des activités numériquement déficitaires dans ces zones. Les obligations auxquelles sont soumis les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des centres de santé mentionnées au premier alinéa du présent article pour tenir compte de la situation régionale ;

9° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements individualisés du centre de santé peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Le versement de la contrepartie financière au centre de santé est fonction de l'atteinte des objectifs par celui-ci.

Article L162-32-2

L'accord national, ses annexes et avenants sont approuvés dans les conditions prévues à l'article L. 162-15.

Il est applicable aux centres de santé qui font connaître à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils sont situés, dans un délai fixé par cet accord, qu'ils souhaitent y adhérer.

A défaut d'accord national, les tarifs applicables aux centres de santé sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. Ces dispositions sont également applicables aux centres de santé qui n'ont pas adhéré à l'accord national.

Article L162-32-3

La caisse primaire d'assurance maladie peut décider de placer un centre de santé hors de la convention pour violation des engagements prévus par l'accord national ; cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par cet accord et permettre au centre de présenter ses observations ; elle ne fait pas obstacle à l'application des dispositions de l'article L. 133-4 et du chapitre V du titre IV du livre Ier.

Lorsqu'un centre de santé est placé hors de la convention par la caisse primaire d'assurance maladie, les tarifs qui lui sont applicables sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre.

Section 8 : Dispositions diverses.

Article L162-33

Sont habilitées à participer aux négociations des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les conditions sont fixées par décret en Conseil d'Etat et tiennent compte de leur indépendance, d'une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts, de leurs effectifs et de leur audience.

Article L162-34

Les litiges pouvant survenir à l'occasion de la décision d'une caisse primaire d'assurance maladie de placer un professionnel hors de l'une des conventions ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement, mentionnés aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, sont de la compétence des tribunaux des affaires de sécurité sociale.

Article L162-35

Tout chirurgien-dentiste, toute sage-femme, tout auxiliaire médical conventionné ou ayant donné son adhésion personnelle à une convention type ou tout médecin conventionné qui demande à un assuré social des tarifs supérieurs à ceux résultant du tarif fixé conformément aux dispositions du présent chapitre, peut, à la requête d'un assuré ou d'un service ou organisme de sécurité sociale, être invité à justifier des motifs de ce dépassement.

Ces justifications sont soumises à une commission.

Article L162-36

Toute pharmacie, quel qu'en soit le statut, et, d'une manière générale, toute personne physique ou morale délivrant des produits ou articles donnant lieu à remboursement au titre de l'assurance maladie ou maternité est tenue de mentionner sur les feuilles de maladie ou les documents en tenant lieu, ainsi que sur les ordonnances médicales correspondantes, le montant de la somme effectivement payée par l'assuré pour l'achat de chacun des produits ou articles délivrés en mentionnant, le cas échéant, le montant ou le taux de la réduction accordée.

A défaut de ces indications, aucun remboursement n'est effectué par l'organisme de sécurité sociale.

Les auteurs de fraudes ou de fausses déclarations, faites à l'occasion de l'application des dispositions mentionnées au premier alinéa, sont passibles des sanctions prévues à l'article L. 114-13, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.

Article L162-37

Le montant des remises prévues aux articles L. 162-16, L. 162-18 et L. 165-4 est versé à l'assurance maladie du régime général des travailleurs salariés qui les répartit entre les divers régimes d'assurance maladie selon des modalités fixées par décret.

Article L162-38

Sans préjudice des dispositions relatives aux conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé ou entre le comité institué par l'article L. 162-17-3 et les entreprises exploitant des médicaments ou les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations, les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale, ou ledit comité pour ce qui concerne les produits mentionnés à l'article L. 165-1, peuvent fixer par décision les prix et les marges des produits et les prix des prestations de services pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Cette fixation tient compte de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens ou entreprises concernés.

Les dispositions du titre V du livre IV du code de commerce sont applicables aux infractions à ces décisions.

Section 9 : Etablissements thermaux

Article L162-39

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les établissements thermaux sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs des organisations nationales les plus représentatives des établissements thermaux et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

- 1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des établissements thermaux ;
- 2° Les mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux ;
- 3° Les tarifs des soins thermaux pris en charge ;
- 4° Les mesures prévues en cas de manquement des établissements aux obligations de la convention, ainsi que la procédure permettant à ces établissements de présenter leurs observations.

Article L162-41

La convention, ses annexes et avenants sont approuvés, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, selon les dispositions des trois premiers alinéas de l'article L. 162-15 et entrent en vigueur à compter de leur publication au Journal officiel.

Les dispositions de l'article L. 162-15-2 s'appliquent à la convention mentionnée à l'article L. 162-39 pour ce qui la concerne.

La convention est applicable aux établissements thermaux autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux qui font connaître à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dans un délai fixé par cette convention, qu'ils souhaitent y adhérer.

Les soins dispensés dans les établissements thermaux qui n'ont pas adhéré à la convention ne donnent pas lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut décider de placer un établissement thermal hors de la convention, pour violation des engagements prévus par celle-ci ; cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par la convention, lui permettant notamment de présenter ses observations. Les litiges survenant à l'occasion de la mise hors convention d'un établissement sont de la compétence de la juridiction administrative.

Article L162-42

Les dispositions du I de l'article L. 162-14-2 s'appliquent à la convention mentionnée à l'article L. 162-39 pour ce qui la concerne.

L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation nationale représentative des établissements thermaux. A défaut, il est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Section 10 : Organisation des soins

Sous-section 1 : Réseaux

Article L162-45

Le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 et les agences régionales de santé peuvent prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement

forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. La décision détermine les modalités de ces versements ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux des prestations fournies par le réseau.

En tant que de besoin, elle peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ;

2° Articles L. 321-1 et L. 615-14 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

4° Article L. 322-3 relatif à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Article L162-46

Un décret en Conseil d'Etat précise en tant que de besoin les modalités d'application de la présente section et fixe les modalités de l'évaluation des procédures de financement mises en oeuvre au titre des dispositions prévues par ces articles et de l'évaluation des actions qui bénéficient de ces financements.

Sous-section 2 : Coordination des soins

Article L162-47

Une mission régionale de santé constituée entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie est chargée de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions. Elle détermine notamment :

1° Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-3 du code de la santé publique et du schéma d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Des zones de recours aux soins ambulatoires qui sont déterminées en fonction de critères démographiques, géographiques, d'activité économique et d'existence d'infra-structures de transports. S'agissant des médecins, des zones différenciées sont définies pour les médecins

généralistes ou spécialistes et, le cas échéant, selon qu'ils disposent ou non de l'autorisation de pratiquer des honoraires différents des tarifs fixés par la convention mentionnée à l'article L. 162-5. La décision délimitant ces zones est soumise à l'approbation du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Après avis du conseil régional, des conseils généraux et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés, la mission régionale de santé classe ces zones en fonction de la densité de professionnels. La classification par densité est déterminée en fonction de critères définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La classification des zones est révisée tous les cinq ans ;

3° Après avis du conseil régional de l'ordre des médecins et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins prévu à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique ;

4° Le programme annuel des actions, y compris expérimentales, dont elle assure la conduite et le suivi, destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'assurance maladie, notamment en matière de développement des réseaux, y compris des réseaux de télémédecine ;

5° Le programme annuel de gestion du risque, dont elle assure la conduite et le suivi, dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires. Ce programme intègre la diffusion des guides de bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique élaborés par la Haute Autorité de santé et l'évaluation de leur respect ;

6° Les expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement des centres de santé et des maisons de santé, complétant ou se substituant au paiement à l'acte pour tous les professionnels de santé volontaires, ainsi que les expérimentations relatives à la rémunération de la permanence des soins, selon des modalités définies par décret.

Cette mission est dirigée alternativement, par périodes d'une année, par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie dans des conditions définies par décret.

Les orientations visées au 1° et les propositions citées au 2° sont soumises à l'avis de la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12 du code de la santé publique.

Chaque année, la mission soumet les projets de programme mentionnés au 3° et au 4° à l'avis de la conférence régionale de santé. Elle lui rend compte annuellement de la mise en oeuvre de ces programmes.

La conférence régionale de santé tient la mission informée de ses travaux.

La mission apporte son appui, en tant que de besoin, aux programmes de prévention mis en oeuvre par le groupement régional de santé publique prévu à l'article L. 1411-14 du code de la santé publique.

Chapitre 4 : Produits d'origine humaine.

Article L164-1

Les frais occasionnés par le prélèvement et le conditionnement des produits et organes d'origine humaine sont remboursés par les caisses lorsqu'un tarif de responsabilité a été fixé par arrêté interministériel.

Chapitre 5 : Dispositifs médicaux à usage individuel

Section 1 : Dispositions générales relatives aux fournitures et appareils pris en charge au titre des prestations sanitaires

Sous-section 1 : Conditions de prise en charge

Article L165-1

Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.

Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

La procédure et les conditions d'inscription peuvent être adaptées en fonction des dispositifs selon leur finalité et leur mode d'utilisation.

Article L165-1-1

Tout produit, prestation ou acte innovant peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale relevant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-9. La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé. L'arrêté fixe le forfait de prise en charge par patient, le nombre de patients concernés, la durée de prise en charge, les conditions particulières d'utilisation, la liste des établissements de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge ce forfait, et détermine les études auxquelles la mise en œuvre du traitement innovant doit donner lieu, ainsi que les modalités d'allocation du forfait aux établissements de santé. Cet arrêté peut

préciser leurs modalités d'identification dans les systèmes d'information hospitaliers. Le forfait inclut la prise en charge de l'acte et des frais d'hospitalisation associés et, le cas échéant, la prise en charge du produit ou de la prestation. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2, les praticiens exerçant à titre libéral sont rémunérés par l'intermédiaire de l'établissement de santé.

Article L165-1-2

I. # Pour les produits inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et relevant de son champ de compétence, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut effectuer ou faire effectuer par des organismes compétents un contrôle du respect des spécifications techniques auxquelles l'inscription sur la liste est subordonnée. Les fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs sont tenus de compenser la perte financière subie par l'acheteur des produits qui sont saisis par l'agence dans le cadre de ses contrôles.

II. # Lorsqu'elle constate qu'une spécification technique requise pour l'inscription du produit mentionné au I du présent article sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 n'est pas respectée et après qu'elle a mis l'entreprise concernée en mesure de présenter ses observations, l'agence adresse au fabricant ou à son mandataire ou au distributeur un courrier lui notifiant les manquements retenus à son encontre ainsi que les pénalités encourues.

Une copie de ce courrier est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, au Comité économique des produits de santé et au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Le comité peut fixer, après que le fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge du fabricant ou de son mandataire ou du distributeur.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou distributeur au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits considérés. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

III. # Lorsqu'un manquement retenu par l'agence en application du II a entraîné un remboursement indu par l'assurance maladie, les organismes nationaux des régimes obligatoires d'assurance maladie engagent, par subrogation aux organismes locaux d'assurance maladie concernés, la procédure de recouvrement de l'indu prévue à l'article L. 133-4 à l'encontre du fabricant ou de son mandataire ou du distributeur du produit concerné. Les directeurs des organismes nationaux exercent, dans les mêmes conditions, les pouvoirs que les directeurs des organismes locaux tirent des dispositions de l'avant-dernier alinéa de ce même article L. 133-4.

IV. # Si le manquement retenu par l'agence en application du II a rendu nécessaire la dispensation d'actes de soins, de prestations ou de produits de santé à un assuré, le professionnel ou l'établissement de santé qui a connaissance de ce manquement et a accompli cette dispensation en informe, dans le respect du secret médical, l'organisme local d'assurance maladie auquel l'assuré est affilié.

V. # Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de réalisation des contrôles prévus au I, les règles et délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée au II, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L165-2

Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique sont établis par convention entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

La fixation de ce tarif tient compte principalement du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs et des prix des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

Article L165-3

I. - Le Comité économique des produits de santé peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 dans les conditions prévues à l'article L. 162-38. Lorsque le produit ou la prestation est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

Lorsque les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits par description générique, la convention est établie entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

II. - Le cadre des conventions mentionnées au I peut être précisé par un accord conclu entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-17-4, cet accord-cadre prévoit notamment les conditions dans lesquelles les conventions déterminent :

1° Les modalités d'échanges d'informations avec le comité en matière de suivi et de contrôle des

dépenses de produits et prestations remboursables ;

2° Les conditions et les modalités de mise en œuvre par les fabricants ou distributeurs d'études, y compris d'études médico-économiques, postérieures à l'inscription des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1.

En cas de manquement par un fabricant ou un distributeur à un engagement souscrit en application du 2°, le Comité économique des produits de santé peut prononcer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ce fabricant ou de ce distributeur.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre des produits ou prestations objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les règles, délais de procédure et modes de calcul de la pénalité financière mentionnée au présent II, ainsi que la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale, sont définis par décret en Conseil d'Etat.

Article L165-3-1

Lorsqu'un organisme d'assurance maladie constate à l'encontre de la personne ayant facturé l'un des produits ou prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 le non-respect du prix fixé dans les conditions mentionnées à l'article L. 165-3, le directeur de cet organisme adresse à la personne une notification par laquelle il lui indique les faits reprochés. Une copie de ce courrier est adressée à l'assuré. La personne a la possibilité de faire parvenir ses observations à l'organisme, notamment lorsque la décision mentionnée à l'article L. 165-3 a prévu des possibilités de dépassement. L'assuré peut également faire part de ses propres observations à l'organisme d'assurance maladie.

En cas de confirmation de la matérialité des faits, l'organisme d'assurance maladie verse à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé. Il adresse à la personne ayant facturé le produit ou la prestation une mise en demeure de lui rembourser cette somme.

En cas de non-exécution de la mise en demeure, l'organisme peut prononcer à l'encontre de la personne ayant facturé le produit ou la prestation, en fonction de la gravité des faits reprochés, une pénalité financière dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Lorsque la gravité ou la répétition des faits est constatée, une suspension du conventionnement, pour une durée maximale de deux ans, peut également être prononcée. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est exécutoire à compter de sa notification à la personne ayant facturé le produit ou la prestation. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est motivée et peut faire l'objet d'un recours de pleine juridiction devant le tribunal administratif.

Les modalités d'application du présent article, notamment les règles et délais de procédures, ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L165-3-2

Pour le recouvrement des sommes exigées des personnes ayant facturé le produit ou la prestation au titre des dispositions de l'article L. 165-3-1, l'organisme d'assurance maladie peut faire usage des prérogatives et des règles applicables par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. L'organisme d'assurance maladie, lorsqu'il est débiteur vis-à-vis des personnes ayant facturé le produit ou la prestation, peut également déduire la somme des montants dus.

Article L165-4

Le Comité économique des produits de santé peut conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20.

Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.

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

Article L165-5

Les fabricants ou distributeurs sont tenus, sans préjudice des dispositions de l'article L. 5211-4 du code de la santé publique, de déclarer auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé l'ensemble des produits ou prestations qu'ils commercialisent et inscrivent, sous quelque forme que ce soit, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code, en

précisant pour chaque produit ou prestation le code correspondant à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste. Ils sont tenus de la même obligation pour toute modification affectant le code d'un produit ou d'une prestation antérieurement déclaré.

Lorsque la déclaration prévue par le présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du fabricant ou du distributeur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits ou prestations considérés ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.

La pénalité mentionnée au deuxième alinéa est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours en pleine juridiction.

Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités et délais de la déclaration prévue au premier alinéa, ainsi que les règles et les délais de procédure, les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée aux deux alinéas précédents et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.

Article L165-5-1

En l'absence d'accord prévu à l'article L. 165-6 ou lorsque les dispositions de cet accord n'en traitent pas, un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peut préciser les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 pour lesquels la part garantie par les organismes de prise en charge peut être versée directement aux distributeurs.

Article L165-6

Les organismes d'assurance maladie, ainsi que les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, peuvent conclure des accords, à l'échelon local ou national, avec les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel, notamment en ce qui concerne la qualité, les prix maximum pratiqués, sous réserve que ces produits ou prestations ne fassent pas l'objet d'une décision prise en application de l'article L. 165-3, et les modalités de dispense d'avance de frais.

Ces accords doivent comporter des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé. A ce titre, pour les produits ou prestations de santé mentionnés à l'article L. 165-1 figurant sur la liste mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 861-3, ces accords prévoient soit l'obligation pour les distributeurs de proposer un produit ou une prestation à un prix n'excédant pas le montant des frais pris en charge défini par l'arrêté mentionné à l'article L. 861-3, soit le montant maximal pouvant être facturé aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé.

En l'absence d'accord ou lorsque les dispositions de l'accord ne répondent pas aux conditions définies à l'alinéa précédent, un arrêté fixe, après avis du comité économique des produits de santé,

les obligations mentionnées à l'alinéa précédent s'imposant aux distributeurs.

Les dispositions du titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence sont applicables aux infractions à cet arrêté.

Les accords nationaux signés par les organismes nationaux d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations nationales syndicales des distributeurs de produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent être rendus applicables à l'ensemble des distributeurs par arrêté interministériel, pris après avis du comité économique des produits de santé. Les ministres peuvent, lorsque l'accord ou un avenant comporte une ou des dispositions non conformes aux lois et règlements en vigueur ou lorsqu'une ou des dispositions relatives aux prix proposés ne sont pas compatibles avec les critères de l'article L. 162-38, disjoindre ces dispositions dans l'arrêté.

Article L165-7

Les frais d'acquisition et de renouvellement des produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 sont remboursés en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 et au 1° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients.

Article L165-8

La mention, dans la publicité auprès du public pour des produits ou prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 autres que des dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 5213-3 du code de la santé publique, que ces produits sont remboursés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie ou par un régime complémentaire est interdite.

Cette disposition ne s'oppose pas à ce que tout opérateur vendant au public de tels produits ou prestations fournisse au consommateur, sur le lieu de la vente et au moment de celle-ci, toute information sur son prix ainsi que sur les conditions de prise en charge par l'assurance maladie du produit ou de la prestation offerte à la vente, de ses différents éléments constitutifs dans le cas de dispositifs modulaires et des adjonctions ou suppléments éventuels.

Les infractions au présent article sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions à l'article L. 121-1 du code de la consommation. Elles sont punies d'une amende de 37 500 euros, dont le montant maximum peut être porté à 50 % des dépenses de la publicité constituant l'infraction.

Article L165-9

Tout audioprothésiste est tenu de remettre à l'assuré ou à son ayant droit, avant la conclusion du contrat de vente, un devis normalisé comportant le prix de vente hors taxes de l'appareillage proposé, incluant la fourniture du produit et précisant les prestations indissociables d'adaptation, ainsi que le prix net toutes taxes comprises à payer et le tarif de responsabilité correspondant figurant sur la liste des produits et prestations remboursables mentionnée à l'article L. 165-1. Un décret d'application fixera, dans un délai de six mois, la présentation et les éléments obligatoires de ce devis normalisé.

Avant le paiement, l'audioprothésiste remet à l'assuré ou à son ayant droit une note détaillée reprenant les mêmes éléments.

La note est jointe à la feuille de soins. L'audioprothésiste conserve un double du devis et de la note durant deux ans.

Les infractions au présent article sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions aux décisions prises en application de l'article L. 162-38 et punies des mêmes peines.

Article L165-10

Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions de validité de la prescription et les modalités de délivrance des produits ou d'exécution des prestations auxquelles peut être subordonnée la prise en charge des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1.

Article L165-11

I. # L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 des produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17, financés au titre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6 et qui entrent dans des catégories homogènes définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sont limités aux produits inscrits sur une liste établie par arrêté des mêmes ministres après avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1.

II. # Les catégories homogènes mentionnées au I du présent article comprennent les produits de santé qui, pour justifier de leur financement dans le cadre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6, doivent répondre, au regard de leur caractère invasif ou des risques qu'ils peuvent présenter pour la santé humaine, à au moins l'une des exigences suivantes :

1° La validation de leur efficacité clinique ;

2° La définition de spécifications techniques particulières ;

3° L'appréciation de leur efficacité au regard des alternatives thérapeutiques disponibles.

III. # En vue de l'inscription éventuelle sur la liste prévue au I du présent article, les fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs de produits de santé appartenant aux catégories homogènes déposent une demande d'inscription auprès de la commission prévue à l'article L. 165-1.

IV. # L'inscription sur la liste est prononcée pour une durée déterminée, renouvelable. L'inscription ou le renouvellement d'inscription peuvent être notamment assortis de conditions de prescription et d'utilisation et subordonnés à la réalisation par les fabricants ou leurs mandataires ou par les distributeurs d'études complémentaires demandées sur les produits de santé.

V. # Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de détermination des catégories homogènes de produits de santé concernées, les modalités d'inscription de ces produits sur la liste mentionnée au I, les modalités d'évaluation et les délais de procédure, sont fixées par

décret en Conseil d'Etat.

Article L165-12

Les établissements de santé qui achètent ou utilisent des produits de santé appartenant aux catégories homogènes mentionnées au I de l'article L. 165-11 sans être inscrits sur la liste prévue au même I sont passibles d'une sanction financière.

Cette sanction est prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les inspecteurs de santé publique ou les praticiens-conseils et auditeurs comptables des organismes d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations. Le montant de cette sanction, fixé en fonction de la gravité du manquement constaté, ne peut excéder le coût total d'achat par l'établissement des produits considérés durant l'année précédant la constatation du manquement. La sanction est notifiée à l'établissement et est recouvrée par la caisse mentionnée aux articles L. 174-2-1 ou L. 174-18, dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du IV de l'article L. 162-1-14.

Article L165-13

En cas d'absence de réalisation dans les délais requis, par le fabricant ou le mandataire ou par le distributeur d'un dispositif médical, des études complémentaires demandées en application du IV de l'article L. 165-11, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que les intéressés ont été mis en mesure de présenter leurs observations, une pénalité financière à leur encontre.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le mandataire ou par le distributeur, au titre du ou des produits considérés, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les règles et délais de procédure ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre 7 : Tutelle aux prestations sociales

Section 1 : Dispositions générales.

Article L167-3

La charge des frais de tutelle incombe :

1°) Paragraphe abrogé

2°) à l'organisme débiteur de l'allocation ou de l'avantage vieillesse dû au bénéficiaire placé sous tutelle. Dans le cas où le bénéficiaire perçoit plusieurs allocations ou avantages vieillesse, la charge incombe à la collectivité ou à l'organisme payeur de l'allocation ou de l'avantage vieillesse le plus important ;

2° bis) En matière de revenu minimum d'insertion, à la collectivité débitrice de l'allocation. Toutefois, lorsque le bénéficiaire perçoit plusieurs prestations faisant l'objet d'une tutelle, la charge incombe à la collectivité ou à l'organisme débiteur de la prestation dont le montant est le plus élevé ;

3°) Lorsque l'organisme à qui incombe la charge des frais de tutelle n'est pas précisé par une autre disposition législative, à l'Etat.

Chapitre 8 : Allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie

Article L168-1

Une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie est versée aux personnes qui accompagnent à domicile une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, et qui remplissent les conditions suivantes :

1° Soit être bénéficiaires du congé de solidarité familiale ou l'avoir transformé en période d'activité à temps partiel comme prévu aux articles L. 3142-16 à L. 3142-21 du code du travail ou du congé prévu au 9° de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, au 10° de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, au 9° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ou à l'article L. 4138-6 du code de la défense ;

2° Soit avoir suspendu ou réduit leur activité professionnelle et être un ascendant, un descendant, un frère, une sœur, une personne de confiance au sens de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique ou partager le même domicile que la personne accompagnée.

Article L168-2

Les personnes mentionnées aux articles L. 5421-1 à L. 5422-8 du code du travail peuvent bénéficier de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie dans des conditions fixées par décret.

Article L168-3

L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie est également versée dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article L168-4

Le nombre maximal d'allocations journalières versées est égal à 21. L'allocation est versée pour chaque jour ouvrable ou non. Lorsque la personne accompagnée à domicile doit être hospitalisée, l'allocation continue d'être servie les jours d'hospitalisation.

Le montant de cette allocation est fixé par décret. Lorsque le bénéficiaire a réduit sa quotité de travail et travaille à temps partiel, ce montant et la durée de l'allocation sont modulés dans des conditions prévues par décret.

L'allocation cesse d'être due à compter du jour suivant le décès de la personne accompagnée.

L'allocation peut être versée à plusieurs bénéficiaires, au titre d'un même patient, dans la limite totale maximale fixée au premier alinéa.

Article L168-5

Les documents et les attestations requis pour prétendre au bénéfice de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie, ainsi que les procédures de versement de cette allocation, sont définis par décret.

Article L168-6

L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie est financée et servie par le régime d'assurance maladie dont relève l'accompagnant, après accord du régime d'assurance maladie dont relève l'accompagné.

Lorsque l'intervention du régime d'assurance maladie se limite aux prestations en nature, l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie est financée et servie par l'organisme compétent, en cas de maladie, pour le service des prestations en espèces ou le maintien de tout ou partie de la rémunération.

Article L168-7

L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie n'est pas cumulable avec :

1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité ou d'adoption ;

2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 613-19 à L. 613-19-2 et L. 722-8 à L. 722-8-3 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines ;

3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;

4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;

5° L'allocation parentale d'éducation ou le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant.

Toutefois, l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.

Partie législative

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

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 1er : Dispositions générales - Dispositions communes à l'assurance vieillesse et à l'assurance invalidité

Section 1 : Dispositions générales.

Article L171-1

Des règles de coordination sont applicables aux travailleurs qui passent d'une organisation spéciale de sécurité sociale à l'organisation générale, ou inversement, ainsi qu'aux travailleurs exerçant simultanément une activité relevant d'une organisation spéciale et une activité relevant de l'organisation générale. Ces règles sont fixées par décret.

Article L171-2

Des règles de coordination sont applicables aux travailleurs relevant successivement ou simultanément du régime agricole des assurances sociales et d'un autre régime de sécurité sociale. Ces règles sont fixées par un décret en Conseil d'Etat.

Article L171-3

Les personnes qui exercent simultanément une activité non salariée agricole et une activité non salariée non agricole sont affiliées au seul régime de leur activité principale. Elles cotisent et s'acquittent des contributions sociales sur l'ensemble de leurs revenus selon les modalités en vigueur dans le régime de leur activité principale.

Lorsque ces deux activités sont exercées l'une et l'autre tout au long de l'année, l'activité principale est déterminée au regard du temps consacré à chaque activité et du montant respectif des revenus

professionnels retenus pour la détermination des assiettes telles que définies aux articles L. 136-3 et L. 136-4 ou, à défaut, au regard du montant respectif des recettes professionnelles prises en compte pour déterminer lesdits revenus.

Lorsqu'une de ces deux activités est permanente et l'autre seulement saisonnière, l'activité principale est celle du régime correspondant à l'activité permanente. Toutefois, les personnes dont les revenus tirés de leurs différentes activités non salariées sont imposés dans la même catégorie fiscale sont affiliées au seul régime correspondant à cette catégorie.

Par dérogation, les personnes affiliées simultanément au régime des non-salariés non agricoles et au régime des non salariés agricoles lors de l'entrée en vigueur du présent article peuvent, sur leur demande et dès lors que l'ensemble de leurs revenus professionnels non salariés ne sont pas assujettis dans la même catégorie fiscale, continuer à être affiliées à chacun de ces deux régimes dans les conditions en vigueur avant la promulgation de la loi n° 99-574 du 9 juillet 1999 d'orientation agricole.

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

Le présent article n'est pas applicable aux personnes qui exercent simultanément une activité non salariée agricole et une activité non salariée non agricole au titre de laquelle ils ont opté pour le règlement simplifié des cotisations et contributions mentionné à l'article L. 133-6-8.

Chapitre 2 : Coordination en matière d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès

Section 3 : Coordination entre divers régimes

Article L172-1 A

Lorsque le versement des prestations en nature ou en espèces des assurances maladie et maternité est subordonné, par les dispositions du présent code ou celles du code rural et de la pêche maritime, à des conditions d'affiliation, d'immatriculation, de cotisation ou de durée du travail préalables, les organismes de sécurité sociale tiennent compte, pour la mise en oeuvre de ces dispositions, de l'ensemble des périodes d'affiliation, d'immatriculation, de cotisations versées ou de travail effectuées, même lorsqu'elles relèvent d'un autre régime de sécurité sociale régi par le présent code ou le code rural et de la pêche maritime.

Les règles relatives à la charge et au service des prestations sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Sous-section 2 : Assurance invalidité.

Article L172-1

Il est institué une coordination entre régimes d'assurance invalidité pour les personnes ayant relevé successivement ou alternativement soit de régimes de salariés, soit d'un régime de salariés et d'un régime de non salariés, soit de plusieurs régimes de travailleurs non salariés.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles sont ouverts et maintenus les droits à pension d'invalidité dans les régimes en cause, ainsi que les conditions dans lesquelles sont calculés ces droits, lorsque le montant de la pension servie par le régime représente une fraction annuelle des revenus moyens correspondant aux cotisations versées au cours des dix années civiles d'assurance les plus avantageuses.

Les dispositions du présent article s'appliquent également au régime d'assurance invalidité des ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.

Chapitre 3 : Coordination en matière d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage

Section 1 : Coordination en matière d'assurance vieillesse entre le régime général et les régimes spéciaux

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article L173-1

L'assuré ayant appartenu successivement ou alternativement à un régime spécial et au régime général ou réciproquement peut, dans les conditions et limites fixées par décret, cumuler les avantages auxquels il pourrait prétendre du fait de son affiliation à ces régimes.

Les caisses et services gestionnaires des régimes de base d'assurance vieillesse ont l'obligation de se transmettre directement ou indirectement, lorsque ces informations sont nécessaires à la liquidation des pensions, les données relatives à la carrière de leurs ressortissants et notamment les périodes prises en compte, la durée d'assurance et la nature des trimestres validés au plus tard en décembre de l'année qui précède le cinquante-sixième anniversaire de l'assuré puis, en cas de modification, en décembre de chaque année suivante.

Section 3 : Coordination en matière d'assurance vieillesse entre divers régimes

Sous-section 1 : Dispositions générales

Article L173-1-1

Dans le cas où un assuré peut prétendre à la fois à la majoration mentionnée aux articles L. 353-6 du présent code et L. 732-51-1 du code rural et à la majoration mentionnée à l'article L. 732-54-1 du même code, la majoration mentionnée aux articles L. 353-6 du présent code et L. 732-51-1 du code rural et de la pêche maritime est servie en priorité.

Sous-section 2 : Pensions portées au minimum.

Article L173-2

Dans le cas où l'assuré a relevé d'un ou plusieurs régimes d'assurance vieillesse mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 382-15 et au 2° de l'article L. 611-1 du présent code ou à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, et lorsqu'il est susceptible de bénéficier du minimum de pension prévu à l'article L. 351-10 dans un ou plusieurs de ces régimes, ce minimum de pension lui est versé sous réserve que le montant mensuel total de ses pensions personnelles de retraite attribuées au titre d'un ou plusieurs régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales, portées le cas échéant au minimum de pension, n'excède pas un montant fixé par décret.

En cas de dépassement de ce montant, la majoration résultant de l'article L. 351-10 est réduite à due concurrence du dépassement.

Lorsque l'assuré est susceptible de bénéficier du minimum de pension prévu à l'article L. 351-10 dans plusieurs régimes, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

Article L173-2-0-1 A

Un décret détermine les modalités d'application de l'article L. 173-2 du présent code et des septième et huitième alinéas de l'article L. 17 du code des pensions civiles et militaires de retraite dans le cas où ces dispositions sont applicables à l'assuré susceptible de bénéficier du minimum de pension dans plusieurs régimes au titre de l'article L. 351-10 du présent code et de l'article L. 17 susmentionné.

Sous-section 3 : Majorations de durée d'assurance accordées au titre des enfants

Article L173-2-0-1

Au titre d'un même enfant, le total des trimestres attribués à chacun des parents en application des II et III de l'article L. 351-4 ou de dispositions renvoyant à cet article ne peut être supérieur à quatre. Les mêmes II et III sont, le cas échéant, applicables à la répartition de ces trimestres entre les parents relevant de régimes d'assurance vieillesse différents.

Article L173-2-0-2

Lorsque les deux parents remplissent, au titre d'un même enfant, l'un dans le régime général d'assurance vieillesse ou dans un régime appliquant les mêmes dispositions que celles de l'article L. 351-4, et l'autre dans un régime spécial de retraite, les conditions pour bénéficier de périodes d'assurance accordées au titre de l'accouchement, de la grossesse, de l'adoption ou de l'éducation d'un enfant, il est fait application des seules règles du régime dont relève la mère de l'enfant. La liste des avantages attribuables dans les régimes spéciaux soumis aux règles prévues au présent article est fixée par décret.

Sous-section 4 : Pensions de réversion.

Article L173-2-1

Dans le cas où le conjoint survivant bénéficie de plusieurs pensions de réversion, le régime auquel incombe la charge du versement de la majoration mentionnée à l'article L. 353-5 est déterminé par décret.

Sous-section 5 : Pensions ou allocations de vieillesse des non-salariés.

Article L173-3

Il est institué une coordination de l'assurance vieillesse régie par l'article L. 621-1 avec les assurances facultatives ou volontaires prévues par la législation concernant les divers régimes de sécurité sociale. Les règles de cette coordination sont fixées par décret.

Article L173-4

Des décrets en Conseil d'Etat fixent les conditions dans lesquelles la charge des allocations est répartie entre les caisses lorsqu'un bénéficiaire a exercé successivement des activités professionnelles relevant de plusieurs caisses appartenant à des régimes différents de non-salariés ou à des régimes de salariés.

Sous-section 7 : Clercs, secrétaires et employés d'avoué, d'agrégé ou d'avocat.

Article L173-5

Il est organisé une coordination entre les régimes de retraite dont relevaient les clercs, secrétaires et employés d'avoué, d'agréé et d'avocat et les régimes dont ils relèvent ou peuvent relever du fait de leur nouvelle profession ou de leur nouvel emploi. Le fonds d'organisation de la nouvelle profession d'avocat garantit le paiement des sommes nécessaires au maintien des droits acquis ou en cours d'acquisition au 16 septembre 1972, y compris en ce qui concerne les régimes de retraite complémentaires.

Sous-section 8 : Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.

Article L173-6

En cas d'affiliations successives ou simultanées au régime d'assurance vieillesse applicable aux ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses et à un ou plusieurs autres régimes obligatoires d'assurance vieillesse de base, les avantages dus aux intéressés par chaque régime se cumulent dans les conditions et, éventuellement, dans les limites fixées par décret.

Sous-section 9 : Rachat.

Article L173-7

Les versements mentionnés au premier alinéa des articles L. 351-14-1, L. 634-2-2, L. 643-2 et L. 723-10-3 du présent code, à l'article L. 732-27-1 du code rural et au cinquième alinéa de l'article L. 9 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite, ainsi que ceux prévus par des dispositions réglementaires ayant le même objet, ne sont pas pris en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 634-3-2 et L. 634-3-3, des II et III des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code, des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, du 5° du I de l'article L. 24 et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Section 4 : Coordination en matière d'assurance veuvage.

Article L173-8

Dans le cas où l'assuré décédé relevait simultanément de plusieurs régimes de protection sociale, le régime auquel incombe la charge du versement de l'allocation de veuvage est déterminé par décret.

Article L173-9

Un décret détermine l'ordre de priorité dans lequel sont versées l'allocation de veuvage et les autres prestations sociales subordonnées à des conditions de ressources.

Chapitre 4 : Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements

Section 1 : Dotation annuelle de financement et forfait journalier.

Article L174-1

Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, la part des frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui est prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est financée par une dotation annuelle de financement.

Le montant de la dotation annuelle de financement de chaque établissement est arrêté par l'Etat dans le respect des dispositions de l'article L. 174-1-1, dans les conditions prévues par l'article L. 6145-1 du code de la santé publique et précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L174-1-1

Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué des activités suivantes :

- 1° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ;
- 2° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 ;
- 3° Les activités mentionnées au 3° de l'article L. 162-22 ;
- 4° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 dispensées par le service de santé des armées et l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ;
- 5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

6° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte ;

7° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre Etat à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'Etat concerné.

Cet objectif est constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du 7° du présent article et des dotations annuelles de financement fixées en application des articles L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-5 et L. 174-15 et de celles fixées en application des articles L. 6147-5 et L. 6416-1 du code de la santé publique.

Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il distingue la part afférente à chacune des activités mentionnées au 1°. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

Le montant de cet objectif est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'Etat en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation des soins et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.

Article L174-2

Les dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 sont versées pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime.

Le montant des dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 est réparti après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, l'Etat fixe cette répartition.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article et notamment les critères de la répartition entre régimes de ces dotations.

Article L174-2-1

La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c du même article, les médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ainsi que les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26 est remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis consultatif des organisations représentatives des établissements de santé, détermine les modalités d'application du présent article, notamment les

responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement.

Article L174-2-2

Une caisse primaire d'assurance maladie désignée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut verser à l'hôpital mentionné au 7° de l'article L. 174-1-1, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, les sommes dues au titre des soins dispensés à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application de l'accord mentionné à ce même 7°.

Les sommes versées sont réparties entre les régimes selon les modalités prévues à l'article L. 174-2.

Article L174-3

Dans les établissements mentionnés aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1, une tarification des prestations fixée par arrêté servira de base :

1°) à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 ;

2°) au calcul de la participation laissée à la charge des assurés dans le cas où le régime d'assurance maladie dont ils relèvent comporte une disposition de cet ordre ;

3°) à l'exercice des recours contre tiers.

Article L174-4

Un forfait journalier est supporté par les personnes admises dans des établissements hospitaliers ou médico-sociaux, à l'exclusion des établissements mentionnés à l'article L. 174-6 du présent code et au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Ce forfait n'est pas pris en charge par les régimes obligatoires de protection sociale, sauf dans le cas des enfants et adolescents handicapés hébergés dans des établissements d'éducation spéciale ou professionnelle, des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, des bénéficiaires de l'assurance maternité et des bénéficiaires de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, ainsi que des donneurs d'éléments et produits du corps humain mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique.

Le forfait journalier peut être modulé dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, en fonction de l'un ou de plusieurs des critères suivants : catégorie de l'établissement, nature du service, durée du séjour. Ses différents montants sont fixés par arrêté.

Le forfait journalier s'impute à due concurrence sur la participation laissée éventuellement à la charge des assurés par leurs régimes respectifs d'assurance maladie, lorsque le montant de cette participation est supérieur ou égal à celui du forfait journalier ; dans le cas contraire, la participation est imputée sur le forfait. Cette disposition n'est toutefois pas applicable lorsqu'en vertu du 1° de

l'article L. 322-3 la participation de l'assuré à l'occasion d'une hospitalisation est limitée au motif que la dépense demeurant à sa charge dépasse un certain montant.

Le forfait journalier peut être pris en charge par le régime local d'assurance maladie dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle dans des conditions fixées par décret.

Section 2 : Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les unités ou centres de long séjour.

Article L174-5

Dans les unités ou centres de soins de longue durée, le montant des dépenses afférentes aux soins est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du président du conseil général.

Les dépenses afférentes aux soins dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les unités ou centres de long séjour sont prises en charge suivant des modalités fixées par voie réglementaire soit par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide médicale de l'Etat. Le montant annuel de ces dépenses prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel mentionné à l'article L. 174-1-1.

Article L174-6

Les sommes dues au titre des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie dans les unités ou centres de soins de longue durée sont versées à l'établissement ou au service, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'unité ou le centre de soins de longue durée. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime, lorsque dans une unité ou un centre le nombre de ses ressortissants est le plus élevé.

Les sommes versées aux unités et centres de soins de longue durée pour le compte des différents régimes sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe cette répartition.

Les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peuvent fixer annuellement les tarifs plafonds ou les règles de calcul de ces tarifs plafonds pour les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés ci-dessus ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds.

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

Section 3 : Dépenses afférentes aux soins dispensés dans certains établissements sociaux

Article L174-7

Les dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les établissements et services mentionnés à l'article L. 162-24-1 sont supportées par les régimes d'assurance maladie ou au titre de l'aide sociale, suivant les modalités fixées par voie réglementaire, éventuellement suivant des formules forfaitaires.

Article L174-8

Les sommes dues au titre des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie dans les établissements et services mentionnés à l'article L. 162-24-1 sont versées à l'établissement ou au service par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement ou le service, pour le compte de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime, lorsque dans un établissement ou un service le nombre de ses ressortissants est le plus élevé.

Les sommes versées aux établissements et services pour le compte des différents régimes sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe cette répartition.

Les modalités d'application des alinéas précédents sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

La participation de l'assuré social aux dépenses relatives aux soins prévus à l'article L. 174-7 peut être réduite ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les organismes d'assurance maladie et l'aide sociale versent directement à l'établissement leur participation aux dépenses de soins non compris dans le forfait mentionné à l'article L. 174-7, lorsque ceux-ci sont demandés par le ou les médecins attachés audit établissement et que ce dernier en a assuré le paiement.

Article L174-9

Les dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés aux personnes hébergées dans les hospices ou services d'hospice sont prises en charge conformément aux dispositions des articles L. 162-24-1 et L. 174-8.

Article L174-9-1

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, ainsi que les structures dénommées "lits halte soins santé" et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sont financés sous la forme d'une dotation globale annuelle.

La répartition des sommes versées à ces établissements au titre de l'alinéa précédent entre les régimes d'assurance maladie est effectuée chaque année suivant la répartition qui résulte de l'application de l'article L. 174-2.

Section 4 : Dépenses de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile.

Article L174-10

Les dépenses de soins paramédicaux dispensés par des professionnels de statut libéral ou salarié dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article premier de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée peuvent être prises en charge par les organismes d'assurance maladie suivant une formule forfaitaire et, dans ce cas, réglées directement par ces organismes aux institutions dans les conditions fixées par décret.

La participation de l'assuré social aux dépenses de soins paramédicaux dispensés par les institutions précitées peut être réduite ou supprimée dans les conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat.

Section 5 : Dépenses de lutte contre les maladies mentales.

Article L174-11

Les régimes de base d'assurance maladie remboursent les dépenses de lutte contre les maladies mentales exposées au titre de l'article L. 3221-1 du code de la santé publique.

Article L174-12

Les dépenses des services gérés par les personnes morales de droit public ou privé mentionnées à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique ayant passé avec l'Etat une convention pour participer à la lutte contre les maladies mentales font l'objet d'une dotation annuelle à la charge de l'assurance maladie. Le montant des dépenses correspondantes est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1 du présent code.

La dotation est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions

prévues au dernier alinéa de l'article L. 174-1.

La dotation est versée et répartie entre les régimes dans les conditions prévues à l'article L. 174-2.

Section 6 : Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les centres d'action médico-sociale précoce

Article L174-13

La dotation globale des centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 187 du code de la santé publique, partiellement à charge des régimes d'assurance maladie, est fixée conformément aux dispositions de l'article 26-4 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ; elle est répartie entre les différents régimes pour la part qui leur incombe dans les conditions fixées par l'article L. 174-8 du présent code.

Section 8 : Dépenses afférentes aux soins dispensés par le service de santé des armées et l'Institution nationale des invalides

Article L174-15

Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 162-22-8, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-22-18 et L. 162-26.

Les compétences du directeur général de l'agence régionale de santé mentionnées aux articles visés au premier alinéa sont exercées en ce qui concerne le service de santé des armées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.

Article L174-15-1

Les dépenses d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités réalisées en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation du service de santé des armées prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 sont financées sous la forme d'une dotation annuelle. Chaque année, le montant de cette dotation, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est versée pour l'ensemble des régimes par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Pour la répartition entre les régimes d'assurance maladie, les sommes versées au service de santé des armées s'ajoutent à celles prévues au deuxième alinéa de l'article L. 174-2.

Les dispositions de l'article L. 174-3 sont applicables au service de santé des armées.

Article L174-15-2

Les dispositions de l'article L. 174-15-1 sont applicables aux dépenses d'hospitalisation de l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides.

Article L174-15-3

Les dispositions de l'article L. 174-4 sont applicables au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides.

Section 9 : Dépenses relatives aux prestations dispensées dans des consultations à vocation préventive

Article L174-16

I. - Les dépenses des consultations de dépistage anonymes et gratuites prévues à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 sont prises en charge dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-14.

II. - Les dépenses des consultations de dépistage prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et effectuées dans des structures autres que celles mentionnées au I sont prises en charge par l'assurance maladie sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.

Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret.

Section 11 : Frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L.

162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Article L174-18

Les frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sont remboursés, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime.

Les sommes versées aux établissements pour le compte des différents régimes en application de l'alinéa précédent sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté interministériel fixe cette répartition.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations représentatives des établissements de santé, détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement.

Section 12 : Dispositions diverses

Article L174-19

Les dépenses afférentes aux activités exercées à titre accessoire mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 1223-1 du code de la santé publique sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie sur la base des tarifs déterminés dans les conditions prévues au chapitre II du titre VI du présent livre.

Article L174-20

Pour les soins hospitaliers programmés ne relevant pas d'une mission de service public mentionnée à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, les établissements de santé peuvent déterminer les tarifs de soins et d'hébergement facturés aux patients non couverts par un régime d'assurance maladie régi par le présent code, à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat définie à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, des patients relevant des soins urgents définis à l'article L. 254-1 du même code, des patients accueillis dans le cadre d'une intervention humanitaire et des patients relevant d'une législation de sécurité sociale coordonnée

avec la législation française pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles en application des traités, accords et règlements internationaux auxquels la France est partie.

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

Chapitre 5 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article L175-1

Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 174-1 et L. 174-3.

Chapitre 6 : Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles

Article L176-1

Il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, au profit de la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des accidents et affections non pris en charge en application du livre IV.

Le montant de ce versement est pris en compte dans la détermination des éléments de calcul de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Un décret détermine les modalités de la participation au financement de ce versement forfaitaire des collectivités, établissements et entreprises mentionnés à l'article L. 413-13 et assumant directement la charge totale de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, en fonction des effectifs et des risques professionnels encourus dans les secteurs d'activité dont ils relèvent.

Article L176-2

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes remet tous les trois ans, au Parlement et au Gouvernement, un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. La commission des

accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet de l'année considérée.

Chapitre 7 : Action sanitaire et sociale des régimes

Article L177-1

Les caisses de sécurité sociale procèdent, au moins une fois par an, au contrôle, dans des conditions déterminées par décret, des associations et organismes chargés de l'exécution des prestations à caractère familial ou domestique dont elles assurent, en tout ou partie, le financement, afin de s'assurer de la régularité des opérations financières et comptables et d'apprécier la qualité des prestations servies.

Article L177-2

Les caisses de sécurité sociale coordonnent leur politique d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes résidant en zone rurale.

Le département assure la coordination globale des dispositifs et services qui concourent à l'insertion et à l'action médico-sociale. Il s'assure à cet effet de la participation de l'ensemble des acteurs concernés.

Partie législative

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

Titre 8 : Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 1er : Dispositions propres aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article L181-1

Sont applicables dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle les dispositions particulières prévues :

1° Pour l'assurance maladie, par les articles L. 242-13, L. 325-1 et L. 325-2 ;

2° Pour l'assurance vieillesse, par les articles L. 215-5 à L. 215-7, L. 357-1 à L. 357-4-1 et L. 357-14 à L. 357-21 ;

3° Pour l'assurance invalidité, par les articles L. 215-5 à L. 215-7, L. 357-1, L. 357-5 à L. 357-8 et L. 357-14 à L. 357-21 ;

4° Pour l'assurance veuvage, par les articles L. 215-5 à L. 215-7, L. 357-1 et L. 357-9 à L. 357-21 ;

5° Pour l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, par les articles L. 242-7-1, L. 434-19 et L. 482-1 à L. 482-3.

Chapitre 2 : Dispositions relatives aux bénéficiaires de l'aide médicale

Article L182-1

Une convention conclue entre, d'une part, l'Etat et, d'autre part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prévoit les conditions dans lesquelles les caisses primaires d'assurance maladie exercent, au nom de l'Etat, les compétences dévolues à ce dernier pour

l'attribution des prestations d'aide médicale prévues en application de l'article L. 252-3 du code de l'action sociale et des familles.

Elle fixe les conditions dans lesquelles lesdites prestations sont payées aux prestataires de soins ou de services par les caisses primaires d'assurance maladie et sous leur contrôle, sur la base des tarifs de responsabilité de ces organismes. Elle détermine les modalités du versement par l'Etat des sommes dues à ce titre à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, ainsi qu'au titre des frais de gestion.

Chapitre 2 bis : Union nationale des caisses d'assurance maladie - Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire - Union nationale des professionnels de santé

Section 1 : Union nationale des caisses d'assurance maladie

Article L182-2

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie a pour rôle, dans le respect des objectifs de la politique de santé publique et des objectifs fixés par les lois de financement de la sécurité sociale :

1° De négocier et signer l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1, les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 et les établissements thermaux mentionnés à l'article L. 162-39 ;

2° De prendre les décisions en matière d'actes et prestations prévus aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 ;

3° De fixer la participation prévue en application de l'article L. 322-2 ;

4° D'assurer les relations des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ;

5° De rendre un avis motivé et public sur les projets de loi et de décret relatifs à l'assurance maladie ;

6° De rendre un avis sur le montant de la base forfaitaire annuelle mentionnée à l'article L. 162-17-2-1.

Article L182-2-1

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie est un établissement public national à caractère administratif. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat.

Celles-ci sont représentées auprès de l'Union par des commissaires du Gouvernement.

Article L182-2-1-1

I.-Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat conclut avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie un contrat qui détermine les objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie visant à promouvoir des actions relatives à la prévention et l'information des assurés, ainsi qu'à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins.

Le contrat d'objectifs définit les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires. Les programmes nationaux de gestion du risque sont élaborés conformément aux objectifs définis par le contrat d'objectifs.

Il détermine également les conditions :

1° De la conclusion d'avenants en cours d'exécution de ce contrat, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale ;

2° De l'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

II.-Le contrat d'objectifs est conclu pour une période minimale de quatre ans.

Le contrat et, le cas échéant, les avenants qui le modifient sont transmis aux commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat mentionnées à l'article LO 111-9.

Article L182-2-2

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie est dotée d'un conseil, d'un collège des directeurs et d'un directeur général.

Le conseil est composé de :

1° Douze membres, dont le président, désignés par le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en son sein ;

2° Trois membres, dont le président, désignés par le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants en son sein ;

3° Trois membres, dont le président, désignés par le conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en son sein.

Les trois présidents visés aux alinéas précédents composent le bureau du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Ce bureau assure la permanence de l'union entre les

réunions du conseil. Il est informé des décisions prises en collège des directeurs ou par le directeur général de l'union. Il est consulté sur l'ordre du jour du conseil par le président de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Le collège des directeurs est composé :

1° Du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

2° Du directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ;

3° Du directeur de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole.

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dispose de deux voix. Il assure les fonctions de directeur général de l'union.

Article L182-2-3

Le conseil délibère sur :

1° Les orientations de l'union dans ses domaines de compétence ;

2° La participation mentionnée aux articles L. 322-2 et L. 322-3, sur proposition du collège des directeurs ;

3° Les orientations de l'union relatives aux inscriptions d'actes et de prestations prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 sur la base des principes généraux définis annuellement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

4° Les orientations relatives à la négociation des accords, contrats et conventions qui sont de la compétence de l'union ;

5° Les projets de loi et de décret transmis par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

6° Le budget annuel de gestion administrative ;

7° Les orientations du contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1.

Le collège des directeurs prépare, en vue de son adoption par le conseil, un projet sur la participation mentionnée au 2°. Le conseil peut, sur la base d'un avis motivé, demander au directeur un second projet. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité qualifiée des deux tiers.

Le conseil est tenu informé par le collège des directeurs de la mise en oeuvre des orientations prévues aux 3°, 4° et 7°. Il peut rendre un avis motivé sur la mise en oeuvre de ces orientations et notamment sur l'accord cadre, les conventions, les avenants et annexes régissant les relations avec les professions de santé et les centres de santé.

Le collège des directeurs prépare, en vue de leur adoption par le conseil, les orientations mentionnées au 7°.

Article L182-2-4

I. - Le directeur général, sur mandat du collège des directeurs :

1° Négocie et signe l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1, les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 et les établissements thermaux mentionnés à l'article L. 162-39 ainsi que l'accord national mentionné à l'article L. 162-16-7 ;

2° Négocie le contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1 .

II. - Le collège des directeurs :

1° Met en oeuvre les orientations fixées par le conseil relatives aux inscriptions d'actes et prestations prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 ;

2° Met en oeuvre les orientations fixées par le conseil dans les relations de l'assurance maladie avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ;

3° Arrête le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu pour chaque catégorie de professionnels mentionnée aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 162-32-1.

Le président et le directeur général signent le contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1.

Article L182-2-5

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure la gestion administrative de l'union sous l'autorité du directeur général. Celui-ci exerce les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité et met en oeuvre les orientations fixées par le conseil.

Article L182-2-6

Les ressources de l'union sont constituées notamment par des contributions des trois caisses nationales d'assurance maladie.

Article L182-2-7

Sous réserve des dispositions du présent chapitre, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est régie par les dispositions du livre II.

Section 2 : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

Article L182-3

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire regroupe des représentants des mutuelles régies par le code de la mutualité, des institutions de prévoyance régies par le présent code, de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et des entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Cette union est dotée d'un conseil.

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire rend un avis motivé et public sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale.

Ces avis sont rendus dans les mêmes conditions que les avis mentionnés à l'article L. 200-3.

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire émet des avis sur les propositions de décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie prises en application des articles L. 322-2 et L. 162-1-7, à l'exception de celles mentionnées au troisième alinéa du I de l'article L. 322-2.

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie examinent conjointement leurs programmes annuels de négociations avec les professionnels et les centres de santé portant sur leur champ respectif. Elles déterminent annuellement les actions communes menées en matière de gestion du risque.

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire peut être constituée sous la forme d'une association régie par la loi du 1er juillet 1901.

La décision de signer un accord, une convention ou un avenant mentionnés à l'article L. 162-14-3 est prise par le conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Elle est prise à la majorité de 60 % au moins des voix exprimées en ce qui concerne les accords mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-14-3.

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire transmet, avant le 15 juin de chaque année, au Parlement et au ministre chargé de la sécurité sociale, un bilan détaillé des négociations auxquelles elle a décidé de participer en application de l'article L. 162-14-3, ainsi que de la mise en œuvre des accords, conventions ou avenants qu'elle a signés à l'issue de ces négociations.

Section 3 : Union nationale des professionnels de santé

Article L182-4

L'Union nationale des professionnels de santé regroupe des représentants de l'ensemble des professions de santé libérales mentionnées au titre VI du présent livre. Sa composition, qui prend en compte les effectifs des professions concernées, est fixée par décret en Conseil d'Etat.

L'Union nationale des professionnels de santé émet des avis sur les propositions de décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie prises en application des articles L. 322-2, L. 322-3 et L. 322-4, à l'exception de la décision mentionnée au troisième alinéa du I de l'article L. 322-2.

L'Union nationale des professionnels de santé examine annuellement un programme annuel de concertation avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

L'Union nationale des professionnels de santé reçoit une contribution à son fonctionnement de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le montant de cette contribution est défini par l'accord mentionné à l'article L. 162-1-13 ou, à défaut, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Chapitre 4 : Dispositions d'application.

Article L184-1

Des dispositions réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du livre Ier. Sauf disposition contraire, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses.

Article L200-1

Le régime général de sécurité sociale couvre :

1°) au titre des assurances sociales, les personnes définies par les articles L. 311-2, L. 311-3, L. 311-6 et L. 311-7 ;

2°) au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les personnes définies par les articles L. 412-1, L. 412-2 et L. 412-9 ;

3°) au titre des prestations familiales, les personnes définies par l'article L. 512-1.

Il peut être fait appel également au régime général pour couvrir un ou plusieurs risques ou charges pour des catégories d'assurés définies par la loi.

Article L200-2

Le régime général comprend quatre branches :

1° Maladie, maternité, invalidité et décès ;

2° Accidents du travail et maladies professionnelles ;

3° Vieillesse et veuvage ;

4° Famille.

L'équilibre financier de chaque branche est assuré par la caisse chargée de la gérer.

Les branches visées au 1° et au 2° sont gérées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, celle visée au 3° par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et celle visée au 4° par la Caisse nationale des allocations familiales.

Les ressources du régime général sont collectées et centralisées par les organismes chargés du recouvrement.

L'Union des caisses nationales de sécurité sociale exerce pour le compte de ces caisses et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des tâches qui leur sont communes.

La gestion commune de trésorerie des différentes branches relevant des caisses nationales du régime général définie par l'article L. 225-1 ne fait pas obstacle à l'obligation prévue au sixième alinéa.

Article L200-2-1

Les ressources nécessaires au financement de la gestion administrative de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale sont prélevées chaque année sur les encaissements du régime général de sécurité sociale, dans des conditions fixées par arrêté interministériel.

Article L200-3

Le conseil ou les conseils d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la commission prévue à l'article L. 221-4 sont saisis, pour avis et dans le cadre de leurs compétences respectives, de tout projet de mesure législative ou réglementaire ayant des incidences sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans leur domaine de compétence et notamment des projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les avis sur les projets de loi sont motivés.

Le conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut recevoir délégation des conseils des caisses nationales et de la commission prévue à l'article L. 221-4 pour examiner tout projet de texte relatif aux ressources du régime général.

Le Gouvernement transmet au Parlement les avis rendus sur les projets de loi.

Le conseil ou les conseils d'administration des caisses nationales, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la commission visée à l'article L. 221-4 peuvent faire toutes propositions de modification législative ou réglementaire dans leur domaine de compétence. Les propositions de nature législative sont transmises au Parlement. Le Gouvernement fait connaître dans un délai d'un mois les suites qu'il réserve aux propositions de nature réglementaire.

Le conseil ou les conseils d'administration et la commission prévue à l'article L. 221-4 sont habilités, dans le respect de l'équilibre financier de chacune des branches, à proposer des réformes au Gouvernement.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, et notamment les délais dans lesquels le conseil ou les conseils d'administration et la commission prévue à l'article L. 221-4 ou les commissions habilitées par eux à cet effet rendent leurs avis, ainsi que les conditions dans lesquelles les avis rendus sur les projets de loi sont motivés.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses.

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 1er : Caisses primaires d'assurance maladie.

Article L211-1

Les caisses primaires d'assurance maladie assurent dans leur circonscription le service des prestations se rapportant à chacune des gestions prévues au 1° de l'article L. 221-1.

Article L211-2

Chaque caisse primaire d'assurance maladie est dotée d'un conseil et d'un directeur.

Le conseil est composé :

1° D'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et de représentants d'employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

2° De représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ;

3° De représentants d'institutions désignées par l'Etat intervenant dans le domaine de l'assurance maladie ;

4° D'une personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignée par l'autorité compétente de l'Etat.

Siègent également avec voix consultative des représentants du personnel élus.

Le directeur assiste aux séances du conseil.

Article L211-2-1

Le conseil de la caisse primaire d'assurance maladie a pour rôle de déterminer, sur proposition du directeur :

- 1° Les orientations du contrat pluriannuel de gestion mentionné à l'article L. 227-3 ;
- 2° Les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur ;
- 3° Les axes de la politique de communication à l'égard des usagers ;
- 4° Les axes de la politique de gestion du risque, .

Il est périodiquement tenu informé par le directeur de la mise en oeuvre des orientations qu'il définit et formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement. Il approuve, sur proposition du directeur, les budgets de gestion et d'intervention. Ces propositions sont réputées approuvées, sauf opposition du conseil à la majorité qualifiée, dans des conditions et selon des modalités fixées par décret.

Le conseil délibère également sur :

- 1° La politique d'action sanitaire et sociale menée par la caisse dans le cadre des orientations définies par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- 2° Les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers, notamment par une commission spécifique constituée à cet effet ;
- 3° Les opérations immobilières et la gestion du patrimoine de la caisse ;
- 4° l'acceptation et le refus des dons et legs ;
- 5° La représentation de la caisse dans les instances ou organismes au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.

Il délibère sur le contrat pluriannuel de gestion mentionné à l'article L. 227-3.

Le conseil peut être saisi par le directeur de toute question relative au fonctionnement de la caisse.

Le conseil peut, sur le fondement d'un avis motivé rendu à la majorité des deux tiers de ses membres, diligenter tout contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions.

Les modalités de mise en oeuvre du présent article, notamment les conditions de fonctionnement du conseil, sont précisées par voie réglementaire.

Article L211-2-2

Le directeur dirige la caisse primaire d'assurance maladie et est responsable de son bon fonctionnement. Il met en oeuvre les orientations décidées par le conseil. Il prend toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

Il négocie et signe le contrat pluriannuel de gestion mentionné à l'article L. 227-3.

Il est notamment chargé :

1° De préparer les travaux du conseil, de mettre en oeuvre les orientations qu'il définit et d'exécuter ses décisions ;

2° De prendre toutes décisions et d'assurer toutes les opérations relatives à l'organisation et au fonctionnement de la caisse, à sa gestion administrative, financière et immobilière ;

3° D'établir et d'exécuter les budgets de gestion et d'intervention, de conclure au nom de la caisse toute convention et d'en contrôler la bonne application.

Le directeur représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il signe les marchés et conventions, est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de la caisse, et vise le compte financier. Il recrute le personnel et a autorité sur lui. Il peut déléguer sa signature.

Le directeur nomme les agents de direction dans les conditions prévues à l'article L. 217-6.

Le directeur rend compte au conseil de la gestion de la caisse après la clôture de chaque exercice.

Il rend également compte périodiquement au conseil de la mise en oeuvre des orientations définies par ce dernier.

Les modalités d'application du présent article sont précisées par voie réglementaire.

Article L211-3

Les caisses primaires d'assurance maladie effectuent le service des prestations, soit directement à leurs guichets, soit par l'entremise des sections locales, de correspondants locaux ou d'entreprises et d'agents locaux.

Il peut être fait appel aux mutuelles et unions de mutuelles pour l'accomplissement des différentes missions qui incombent aux sections locales, aux correspondants locaux ou d'entreprises et aux agents locaux.

Article L211-4

Tout groupement mutualiste comptant au moins cent assurés *nombre minimum* est habilité de plein droit, sur sa demande, à jouer au moins le rôle de correspondant pour ses membres.

Tout groupement mutualiste dont l'effectif et l'organisation permettent de remplir des missions plus étendues et, le cas échéant, le rôle de section locale à circonscription territoriale peut être habilité par la caisse primaire concernée, à cet effet, pour ses membres.

Toutes difficultés soulevées par l'application des conditions ci-dessus fixées seront appréciées par une commission nationale paritaire composée des délégués des organisations représentatives de la mutualité et de la sécurité sociale *recours*. En cas de désaccord, la commission désignera un tiers arbitre.

Article L211-5

Chaque section est administrée par un comité de gestion dont les membres sont désignés dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

Article L211-6

La caisse primaire d'assurance maladie est tenue [*obligation*] de verser à chacune de ses sections, outre le montant des prestations servies par celles-ci, une fraction des cotisations perçues en vue de couvrir les frais de gestion propres à la section et de tenir compte tant des services rendus aux assurés que de la qualité de la gestion de la section.

Article L211-7

Les sections des caisses primaires d'assurance maladie sont soumises aux mêmes prescriptions que les caisses primaires dans la limite des pouvoirs et de la compétence qui leur sont attribués.

Chapitre 2 : Caisses d'allocations familiales

Section 1 : Dispositions générales.

Article L212-1

Le service des prestations familiales dues aux salariés de toute profession, aux employeurs et aux travailleurs indépendants des professions non agricoles ainsi qu'à la population non active incombe aux caisses d'allocations familiales. Cette dispositions est étendue, à compter du 1er octobre 2001, aux retraités de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et du Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, domiciliés dans les départements d'outre-mer.

Toutefois, certains organismes ou services peuvent être autorisés, par décret, à servir ces prestations aux salariés agricoles et aux personnels de l'Etat.

Article L212-2

Chaque caisse d'allocations familiales est administrée par un conseil d'administration de vingt-quatre membres comprenant *composition* :

1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Huit représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :

- cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

- trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national ;

3° Quatre représentants des associations familiales désignés par l'union départementale des associations familiales ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si, dans la circonscription de la caisse régionale, il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord ;

4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'allocations familiales et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

Section 2 : Caisse maritime d'allocations familiales

Article L212-3

I. - La Caisse maritime d'allocations familiales assure en faveur des personnes affiliées au régime spécial de sécurité sociale des gens de mer le service des prestations familiales.

Elle assure également pour ces personnes :

1° Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par les employeurs et les travailleurs indépendants selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables à ce recouvrement par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale ;

2° Le recouvrement de la contribution sociale généralisée selon les dispositions des articles L. 136-1 et suivants ;

3° Le recouvrement de la contribution pour le remboursement de la dette sociale instituée par l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ;

4° Le contrôle et le contentieux du recouvrement prévu aux 1°, 2° et 3°.

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 212-2, le conseil d'administration de la caisse maritime d'allocations familiales est composé de trente-cinq membres dont quinze représentants des armateurs et travailleurs indépendants, quinze représentants des salariés, quatre représentants des associations familiales et une personne qualifiée.

Chapitre 3 : Unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (U.R.S.S.A.F).

Article L213-1

Des unions de recouvrement assurent :

1° Le recouvrement des cotisations d'assurances sociales, d'accidents du travail, d'allocations familiales dues par les employeurs au titre des travailleurs salariés ou assimilés, par les assurés volontaires et par les assurés personnels ;

2° Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par les employeurs et membres des professions libérales ;

3° Une partie du recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, dans les conditions prévues aux articles L. 133-6-2, L. 133-6-3 et L. 133-6-4 ;

4° Le recouvrement d'une partie de la contribution sociale généralisée selon les dispositions des articles L. 136-1 et suivants ;

5° Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 1233-66, L. 1233-69, L. 351-3-1 et L. 143-11-6 du code du travail ;

5° bis Le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2, et au c du 1° de l'article L. 613-1 pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8.

6° Le contrôle et le contentieux du recouvrement prévu aux 1°, 2°, 3° et 5°.

Les unions sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de l'article L. 216-1.

Un décret détermine les modalités d'organisation administrative et financière de ces unions.

En matière de recouvrement, de contrôle et de contentieux, une union de recouvrement peut déléguer à une autre union ses compétences dans des conditions fixées par décret.

Article L213-2

Chaque union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales est administrée par un conseil d'administration de vingt membres comprenant *composition* :

1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Huit représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :

- cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

- trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national ;

3° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des unions de recouvrement et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

Article L213-3

Le directeur départemental des finances publiques ou son représentant assiste avec voix consultative aux délibérations du conseil d'administration des unions de recouvrement des

cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

Chapitre 5 : Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail

Section 1 : Dispositions générales.

Article L215-1

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail :

- 1° Enregistrent et contrôlent les données nécessaires à la détermination des droits à retraite des assurés du régime général. Elles liquident et servent les pensions résultant de ces droits. Elles informent et conseillent les assurés et leurs employeurs sur la législation de l'assurance vieillesse ;
- 2° Interviennent dans le domaine des risques professionnels, en développant et coordonnant la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et en concourant à l'application des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et à la fixation des tarifs ;
- 3° Mettent en œuvre les programmes d'action sanitaire et sociale définis par les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-2 et L. 222-4 ;
- 4° Assurent un service social à destination des assurés sociaux de leur circonscription ;
- 5° Peuvent assurer les tâches d'intérêt commun aux caisses de leur circonscription.

Les circonscriptions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail sont fixées par décret.

Article L215-2

Chaque caisse régionale d'assurance maladie est administrée par un conseil d'administration de vingt et un membres comprenant *composition* :

- 1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;
- 2° Huit représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;
- 3° Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;
- 4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses régionales d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'Etat, dont au moins un représentant des retraités.

Siègent également avec voix consultative :

- 1° Un représentant des associations familiales désigné par les unions départementales des associations familiales territorialement compétentes dans la circonscription de la caisse ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si, dans la circonscription de la caisse régionale, il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions

départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord ;

2° Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

Lorsque le conseil d'administration se prononce au titre du 2° de l'article L. 215-1, seuls prennent part au vote les membres mentionnés aux deuxième et troisième alinéas du présent article.

Article L215-2

Chaque caisse d'assurance retraite et de la santé au travail est administrée par un conseil d'administration de vingt et un membres comprenant :

1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Huit représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

3° Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;

4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et désignées par l'autorité compétente de l'Etat, dont au moins un représentant des retraités.

Siègent également avec voix consultative :

1° Un représentant des associations familiales désigné par les unions départementales des associations familiales territorialement compétentes dans la circonscription de la caisse ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si, dans la circonscription de la caisse régionale, il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord ;

2° Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

Article L215-3

Pour la région d'Ile-de-France, la caisse compétente mentionnée à l'article L. 215-1 n'exerce pas les missions fixées au 1° de cet article, ni celles fixées au 3° pour ce qui concerne le programme d'action sanitaire et sociale défini par la caisse nationale mentionnée à l'article L. 222-4.

Le conseil d'administration de la caisse mentionnée au premier alinéa du présent article est composé dans les conditions fixées à l'article L. 215-2. Toutefois, n'est pas applicable la disposition relative à la présence d'au moins un représentant des retraités parmi les quatre personnes qualifiées.

Article L215-4

Il est constitué auprès du conseil d'administration et par branche ou groupe de branches d'activités des comités techniques composés, par parties égales, de représentants des organisations

professionnelles de travailleurs et d'employeurs et chargés de l'assister dans la gestion des risques d'accident du travail et de maladie professionnelle.

Article L215-4-1

I.-Il est constitué auprès du conseil d'administration une commission des accidents du travail et des maladies professionnelles composée de :

1° Cinq membres choisis par les représentants des assurés sociaux au conseil d'administration au titre de chacune des organisations syndicales nationales de salariés interprofessionnelles qui y sont représentées, parmi les membres titulaires ou suppléants du conseil d'administration et des comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4 ;

2° Cinq membres choisis par les représentants des employeurs au conseil d'administration au titre de chacune des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives qui y sont représentées, parmi les membres titulaires ou suppléants du conseil d'administration et des comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4.

Dans les mêmes conditions, sont choisis autant de membres suppléants.

Le président de la commission est élu en son sein par cette instance parmi les membres du conseil d'administration.

II.-La commission donne son avis au conseil d'administration sur les affaires relevant du 2° de l'article L. 215-1. Le conseil d'administration peut lui déléguer une partie de ses pouvoirs dans des conditions qu'il détermine sur ces mêmes affaires.

Section 2 : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle.

Article L215-5

La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle gère le régime particulier prévu par le chapitre VII du titre V du livre III du présent code.

Les assurés ou leurs ayants droit bénéficiaires du code des assurances sociales du 19 juillet 1911 et de la loi du 20 décembre 1911 demeurent affiliés à la caisse mentionnée au premier alinéa.

Article L215-6

La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle assure, selon les règles de droit commun de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés, les missions fixées au 1° de l'article L. 215-1 et met en œuvre le programme d'action sanitaire et sociale défini par la caisse nationale

mentionnée à l'article L. 222-4, pour les assurés qui n'optent pas pour le régime défini aux articles L. 357-1 et suivants.

Article L215-7

I.-La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle est administrée par un conseil d'administration de vingt et un membres comprenant :

1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales interprofessionnelles de salariés représentatives au plan national ;

2° Huit représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

3° Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;

4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et désignées par l'autorité compétente de l'Etat, dont au moins un représentant des retraités et un représentant de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle.

II.-Siègent également avec voix consultative :

1° Un représentant des associations familiales désigné par les unions départementales des associations familiales territorialement compétentes dans la circonscription de la caisse ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si, dans la circonscription de la caisse régionale, il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord ;

2° Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

III.-Lorsque le conseil d'administration se prononce au titre du 2° de l'article L. 215-1, seuls prennent part au vote les membres mentionnés aux 1° et 2° du I du présent article.

Chapitre 6 : Constitution, groupement de caisses et délégations

Section 1 : Constitution.

Article L216-1

Les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle et les caisses d'allocations familiales sont constituées et fonctionnent conformément aux dispositions du présent code et des textes pris pour son application.

Elles disposent dans les conditions prévues par le présent code des dons et legs reçus par elles.

Section 2 : Groupement de caisses, délégations de missions et d'activités.

Article L216-2

Dans chaque département où existent plusieurs caisses primaires d'assurance maladie, plusieurs caisses d'allocations familiales ou plusieurs unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, le conseil ou le conseil d'administration de la caisse nationale compétente ou celui de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut désigner parmi elles une caisse ou une union habilitée à assumer des missions communes.

Dans les départements comportant plus de trois organismes de même nature, l'habilitation prévue ci-dessus peut être accordée à plusieurs caisses ou unions.

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

Article L216-2-1

I. - Les conseils d'administration des organismes nationaux mentionnés aux articles L. 222-1, L. 223-1 et L. 225-1 définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes relevant de la branche concernée.

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

Les modalités de mise en oeuvre sont fixées par convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux, sauf en ce qui concerne le traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites qui sont précisés par décret. Les directeurs signent la convention, après avis des conseils d'administration des organismes locaux ou régionaux concernés.

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

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

IV. - Les modalités d'application du présent article sont déterminées, en tant que de besoin, par décret.

Article L216-2-2

Les directeurs des organismes locaux ou régionaux peuvent déléguer à un organisme local ou régional la réalisation des missions liées à leur gestion, par convention qui prend effet après approbation par le directeur de l'organisme national de la ou des branches concernées.

Article L216-3

Les organismes locaux, régionaux et nationaux du régime général peuvent se grouper en unions ou fédérations en vue de créer des oeuvres et des services communs ou d'assumer des missions communes.

Les unions ou fédérations ne sont autorisées à fonctionner qu'après approbation de leurs statuts par l'autorité compétente de l'Etat.

Les unions ou fédérations sont constituées et fonctionnent dans les conditions fixées à l'article L. 216-1.

Section 2 bis : Caisse commune de sécurité sociale.

Article L216-4

Des organismes locaux du régime général de sécurité sociale des départements dont toutes les communes ont été classées en zone de revitalisation rurale en application de l'article 1465 A du code général des impôts peuvent, sur l'initiative de leurs conseils et conseils d'administration, proposer la création, à titre expérimental pour une durée de cinq ans, d'une caisse commune exerçant les missions des organismes concernés. Cette caisse est créée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis des conseils et conseils d'administration des organismes nationaux concernés.

Article L216-5

La caisse commune de sécurité sociale créée à titre expérimental est dotée d'un conseil et d'un directeur. Le conseil est composé d'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du

code du travail et d'employeurs et de travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives ainsi que, selon les missions exercées par la caisse commune :

1° De représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ;

2° De représentants des associations familiales ;

3° De représentants d'institutions désignées par l'Etat et intervenant dans le domaine de l'assurance maladie ;

4° De personnes qualifiées.

Le conseil délibère et a les mêmes missions que celles définies à l'article L. 211-2-1 du présent code. Toutefois, en matière de politique d'action sanitaire et sociale, il est également tenu compte des orientations définies par la Caisse nationale d'allocations familiales.

Le directeur dirige la caisse commune et exerce les mêmes compétences que celles définies à l'article L. 211-2-2.

Article L216-6

Le directeur et l'agent comptable sont nommés et il peut être mis fin à leurs fonctions dans les conditions prévues à l'article L. 217-3-1. Toutefois, les décisions relatives à la nomination ou à la cessation de fonctions sont prises conjointement par les directeurs des caisses nationales concernées. Les mêmes directeurs exercent sur cette caisse les compétences visées au douzième alinéa de l'article L. 221-3-1 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 227-3, le cas échéant par décision conjointe.

Chapitre 7 : Dispositions communes - Dispositions d'application

Section 1 : Règlement intérieur.

Article L217-1

Toute caisse élabore un règlement intérieur relatif aux formalités que doivent remplir les intéressés pour bénéficier des prestations de l'assurance. Ce règlement est opposable aux assurés lorsqu'il a été porté à leur connaissance.

Section 2 : Dispositions diverses concernant les membres du conseil et les administrateurs des caisses.

Article L217-2

L'exercice d'une fonction rémunérée par une caisse est interdit aux anciens membres du conseil ou administrateurs de ces organismes autres que les représentants du personnel pendant un délai de quatre ans à dater de la cessation de leurs fonctions de membres du conseil ou administrateurs.

Cette interdiction ne s'applique ni aux salariés des fédérations nationales de caisses de sécurité sociale ou d'allocations familiales, ni aux personnes qui, avant l'exercice de leur mandat de membre du conseil ou d'administrateurs, étaient salariés d'un organisme de sécurité sociale.

Section 4 : Dispositions relatives aux agents de direction

Article L217-3

Les directeurs et les agents comptables des organismes régionaux et locaux sont nommés parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 217-3-1.

Le directeur de la caisse nationale nomme le directeur ou l'agent comptable après concertation avec le président du conseil d'administration de l'organisme concerné et après avis du comité des carrières institué à l'article L. 217-5. Il en informe préalablement le conseil d'administration de l'organisme concerné qui peut s'y opposer à la majorité des deux tiers de ses membres.

Le directeur de la caisse nationale peut mettre fin aux fonctions des directeurs et des agents comptables mentionnés au premier alinéa du présent article après avoir recueilli l'avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné et sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. Les directeurs et les agents comptables sont salariés des organismes dans lesquels ils exercent leurs fonctions.

Les directeurs et les agents comptables sont salariés des organismes dans lesquels ils exercent leurs fonctions.

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

Article L217-3-1

Les directeurs et les agents comptables des organismes locaux et régionaux de la branche maladie sont nommés parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés nomme le directeur ou l'agent comptable après avis du comité des carrières institué à l'article L. 217-5. Il informe préalablement le conseil de l'organisme concerné qui peut s'y opposer à la majorité des deux tiers de ses membres.

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peut mettre fin à ses fonctions, sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L217-4

Pour les organismes régionaux et locaux entrant dans le champ de compétence de plusieurs organismes nationaux et pour les postes de directeurs et d'agents comptables régionaux et locaux communs à plusieurs organismes nationaux, les compétences du directeur d'un organisme national définies à l'article L. 217-3 sont exercées conjointement par les directeurs des caisses nationales concernées.

Article L217-5

Il est institué auprès de l'Union des caisses nationales, visée à l'article L. 224-5, un comité des carrières des agents de direction.

Ce comité est présidé par un membre de l'inspection générale des affaires sociales.

Le comité des carrières émet un avis motivé sur les nominations des directeurs et des agents comptables dans les conditions prévues à l'article L. 217-3.

Dans le respect des dispositions réglementaires et conventionnelles en vigueur, le comité a pour mission de veiller à l'évolution des carrières des directeurs et des autres agents de direction et notamment à la mobilité des directeurs entre les caisses et entre les différentes branches et organismes de recouvrement du régime général.

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

Article L217-6

Les directeurs des organismes auxquels s'appliquent les dispositions du présent titre nomment les agents de direction autres que l'agent comptable parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L217-7

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 434-2 du code du travail, la présidence des comités d'entreprise des organismes régionaux et locaux de sécurité sociale est assurée par le directeur.

Section 5 : Dispositions d'application.

Article L217-8

Des décrets fixent, en tant que de besoin, les dispositions d'application des articles L. 211-2, L. 212-2, L. 213-2, L. 215-2, L. 215-3 et L. 215-7.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses.

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 1er : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article L221-1

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pour rôle :

- 1°) d'assurer sur le plan national, en deux gestions distinctes, le financement, d'une part, des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part, des accidents du travail et maladies professionnelles et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions ;
- 2°) De définir et de mettre en oeuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ;
- 3°) de promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes prioritaires nationaux définis en application de l'article L. 1417-1 du code de la santé publique, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ;
- 4°) d'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ;
- 5°) d'organiser et de diriger le contrôle médical ;
- 6°) d'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;
- 7°) de mettre en oeuvre les actions conventionnelles ;
- 8°) De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime général, soit le règlement vers tous

organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat.

La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie.

Article L221-1-1

I.-Il est créé un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Le fonds finance des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé.

Il finance le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux dans les conditions prévues à l'article L. 162-45.

Il finance des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde.

Il concourt à des actions ou à des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.

Il finance des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.

Il contribue à la mise en oeuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement, au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret.

II.-Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime social des indépendants est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III.-Le fonds dispose d'un comité national de gestion associant des représentants de l'Etat et des représentants du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et d'un Conseil national de la qualité et de la coordination des soins, composé de représentants du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des professionnels de santé, des fédérations d'établissements de santé et médico-sociaux et de personnalités nommées en fonction de leur expérience et de leurs compétences par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins est composé à parité de représentants de l'assurance maladie et des professionnels de santé.

IV.-Sur proposition du comité national de gestion, le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins délibère sur :

1° Les orientations stratégiques concernant les priorités d'action du fonds et d'affectation de la dotation ;

2° La part affectée au financement d'expérimentations concernant les soins de ville mentionnées au deuxième alinéa du I ;

3° La dotation annuelle consacrée au financement des actions à caractère national ou interrégional et celle réservée au financement des actions à caractère régional ;

4° Le rapport d'activité annuel.

Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins peut, sur la base d'un avis motivé, demander un second projet de délibération au comité national de gestion. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité qualifiée des deux tiers des membres le composant.

V.-Le comité national de gestion élabore les propositions présentées au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins. Il répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les agences régionales de santé et attribue les aides pour les actions à caractère national ou interrégional. Toutefois, les décisions d'attribution des aides en vue des expérimentations mentionnées au 2° du IV sont prises par le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

Le comité national de gestion présente chaque année ses orientations ainsi que le bilan de son activité au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins. Ce bilan d'activité est transmis au Parlement avant le 1er septembre.

VI.-L'attribution des aides peut être déconcentrée et confiée aux agences régionales de santé dans des conditions fixées par décret. Les aides peuvent être attribuées sur une base pluriannuelle.

Les aides du fonds déconcentrées aux agences régionales de santé peuvent être affectées au financement des actions mentionnées au V bis de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000).

VII.-La composition et les modalités de fonctionnement du comité national de gestion, du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins et du bureau de ce dernier sont déterminées par décret.

Article L221-1-2

Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds des actions conventionnelles.

I.-Les ressources de ce fonds sont constituées :

1° Par le produit de la cotisation mentionnée au II de l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale ;

2° Par toute autre ressource qui lui serait spécifiquement affectée par les parties conventionnelles.

II.-Pour les médecins libéraux, le fonds finance l'allocation de remplacement prévue par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 précitée et peut également :

1° Participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation au bénéfice des médecins dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie ;

2° Participer au financement du dispositif de reconversion vers la médecine du travail et de prévention des médecins prévu par l'article L. 241-6-1 du code du travail ;

3° Participer au financement de l'aide mentionnée à l'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et pour les professionnels exerçant au sein de structures visées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, le fonds peut financer le développement professionnel continu.

III.-A l'exception des décisions relatives au développement professionnel continu, les décisions de financement sont prises, pour chacune des professions concernées, par les parties aux conventions ou à l'accord mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1, dans des conditions déterminées par ces conventions ou cet accord. Les décisions de financement relatives au développement professionnel continu sont prises par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

IV.-Les conditions d'application du présent article sont définies par décret.

Article L221-2

La caisse nationale de l'assurance maladie est un établissement public national à caractère administratif. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat.

Celles-ci sont représentées auprès de la caisse nationale par des commissaires du Gouvernement.

La caisse nationale est dotée d'un conseil et d'un directeur général.

Article L221-3

Le conseil est composé :

1° D'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et de représentants d'employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

2° De représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ;

3° De représentants d'institutions désignées par l'Etat intervenant dans le domaine de l'assurance maladie ;

4° De personnalités qualifiées dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

Le conseil est majoritairement composé de représentants visés au deuxième alinéa.

Siègent également avec voix consultative des représentants du personnel élus.

Le conseil élit en son sein son président dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les organisations et institutions mentionnées aux deuxième, troisième et quatrième alinéas désignent pour chaque siège un membre titulaire et un membre suppléant. En cas de démission, d'empêchement ou de décès d'un membre, titulaire ou suppléant, un membre est désigné en remplacement pour la durée du mandat restant à courir.

Le directeur général assiste aux séances du conseil. Le conseil a pour rôle de déterminer :

1° Les orientations relatives à la contribution de l'assurance maladie à la mise en oeuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins, y compris les établissements de santé, et au bon usage de la prévention et des soins ;

2° Les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en oeuvre ;

3° Les propositions prévues à l'article L. 111-11 relatives à l'évolution des charges et des produits de la caisse ;

4° Les orientations de la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 227-1 ;

5° Les principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes ;

6° Les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur ;

7° Les axes de la politique de communication à l'égard des assurés sociaux et des professions de santé, dans le respect des guides de bon usage des soins et de bonne pratique établis par la Haute Autorité de santé ;

8° Les orientations d'organisation du réseau des organismes régionaux, locaux et de leurs groupements ou unions ;

9° Les budgets nationaux de gestion et d'intervention.

Le directeur général prépare les orientations mentionnées au treizième alinéa, les propositions mentionnées au quatorzième alinéa et les budgets prévus au vingtième alinéa en vue de leur approbation par le conseil. Le conseil peut, sur la base d'un avis motivé, demander au directeur général un second projet. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité des deux tiers de ses membres.

Le président du conseil et le directeur général signent la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 227-1.

Le directeur général met en oeuvre les orientations fixées par le conseil et le tient périodiquement informé. Le conseil formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement.

Le conseil procède aux désignations nécessaires à la représentation de la caisse dans les instances ou organismes européens ou internationaux au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.

Le conseil peut être saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale de toute question relative à l'assurance maladie.

Le conseil peut, sur le fondement d'un avis motivé rendu à la majorité des deux tiers de ses membres, diligenter tout contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions.

Le conseil se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement. Elle est également de droit sur demande de la moitié des membres du conseil. Le président fixe l'ordre du jour. En cas de partage des voix, il a voix prépondérante.

Les modalités de mise en oeuvre du présent article, notamment les conditions de fonctionnement du conseil, sont précisées par voie réglementaire.

Article L221-3-1

Le conseil, saisi pour avis par le ministre chargé de la sécurité sociale, peut à la majorité des deux tiers de ses membres s'opposer à la proposition de nomination du directeur général.

Le directeur général est nommé par décret pour une durée de cinq ans. Avant ce terme, il ne peut être mis fin à ses fonctions qu'après avis favorable du conseil à la majorité des deux tiers.

Le directeur général dirige l'établissement et a autorité sur le réseau des caisses locales. Il est responsable de leur bon fonctionnement. A ce titre, il prend toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

Il négocie et signe la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 227-1 ainsi que les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3.

Il est notamment chargé pour ce qui concerne la gestion de la caisse nationale et du réseau des caisses régionales, locales et de leurs groupements :

1° De prendre toutes décisions et d'assurer toutes les opérations relatives à l'organisation et au fonctionnement de la caisse nationale, à sa gestion administrative, financière et immobilière, et dans

le cadre de cette gestion de contracter, le cas échéant, des emprunts ;

2° D'établir et d'exécuter les budgets de gestion et d'intervention et les budgets des différents fonds, de conclure au nom de la caisse toute convention et d'en contrôler la bonne application ;

3° De prendre les mesures nécessaires à l'organisation et au pilotage du réseau des caisses du régime général ; il peut notamment définir les circonscriptions d'intervention des organismes locaux, prendre les décisions prévues aux articles L. 224-11, L. 224-12, L. 224-13 et L. 281-2, et confier à certains organismes, à l'échelon national, interrégional, régional ou départemental, la charge d'assumer certaines missions, notamment celles mentionnées au II de l'article L. 216-2-1 ;

4° D'assurer pour les systèmes d'information les responsabilités prévues à l'article L. 161-28.

Le directeur général prend les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement. Il informe dans les meilleurs délais, outre le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les commissions compétentes des assemblées, le ministre chargé de la sécurité sociale et le comité d'alerte visé à l'article L. 114-4-1 des circonstances imprévues susceptibles d'entraîner un dépassement de ces objectifs.

Le directeur général représente la caisse nationale en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il signe les marchés, conventions et transactions au sens de l'article 2044 du code civil, est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de la caisse et vise le compte financier. Il recrute le personnel et a autorité sur lui. Il peut déléguer sa signature.

Dans le cadre de l'exercice de ses missions, le directeur général peut suspendre ou annuler toute délibération ou décision prise par une caisse locale qui méconnaîtrait les dispositions de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 227-1 ou du contrat pluriannuel de gestion mentionné à l'article L. 227-3.

Le directeur général rend compte au conseil de la gestion de la caisse nationale et du réseau après la clôture de chaque exercice.

Il rend également compte périodiquement au conseil de la mise en oeuvre des orientations définies par ce dernier.

Article L221-3-2

Tout financement par l'assurance maladie, sous forme de subvention ou de dotation, d'un organisme intervenant dans le champ de l'assurance maladie, à l'exclusion des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, donne lieu à une convention entre l'assurance maladie et l'organisme bénéficiaire.

Article L221-4

Sous réserve des dispositions particulières applicables à la branche accidents du travail et maladies professionnelles, la commission mentionnée à l'article L. 221-5 exerce pour cette branche les compétences dévolues au conseil mentionné à l'article L. 221-3, notamment pour les missions définies au 2° de l'article L. 221-1.

Un décret détermine les conditions dans lesquelles la commission est consultée pour les affaires communes aux deux branches.

Les dispositions relatives au fonctionnement du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont applicables à cette commission.

Article L221-5

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles comprend pour moitié des représentants des assurés sociaux et pour moitié des représentants des employeurs.

Cinq membres sont choisis par les représentants des assurés sociaux au conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre de chacune des organisations syndicales nationales qui y sont représentées, parmi ces membres, leurs suppléants et les membres des comités techniques nationaux et régionaux des accidents du travail.

Cinq membres sont choisis par les représentants des employeurs à ce conseil parmi ces membres, leurs suppléants et les membres des comités techniques nationaux et régionaux des accidents du travail.

Dans les mêmes conditions, sont choisis autant de membres suppléants.

Le mandat des membres de la commission est renouvelé en même temps que celui des membres du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Le président de la commission est élu en son sein par cette instance parmi les membres du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Chapitre 2 : Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

Article L222-1

La Caisse nationale d'assurance vieillesse a pour rôle :

1° D'assurer le financement des prestations d'assurance retraite et d'assurance veuvage du régime général ;

2° De définir les orientations de la gestion de l'assurance retraite des travailleurs salariés, et d'en assurer la coordination ;

3° D'exercer un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et sur les caisses générales de sécurité sociale concernant leurs attributions en matière de vieillesse ;

4° D'exercer une action sanitaire et sociale en faveur des travailleurs salariés après consultation de son conseil d'administration ;

5° De proposer, par l'intermédiaire de son conseil d'administration, toute mesure, notamment dans le cadre de l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui lui paraît nécessaire pour garantir dans la durée l'équilibre financier de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

6° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, et des caisses générales de sécurité sociale.

Les propositions et les avis qu'elle émet sont rendus publics.

Article L222-1-1

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés exerce, pour la région Ile-de-France, les missions fixées aux 1° et, pour ce qui la concerne, 3° de l'article L. 215-1.

Article L222-2

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés assure la gestion de l'assurance veuvage.

Les prestations de l'assurance veuvage sont versées par les organismes qui assurent le service des pensions de vieillesse.

Article L222-3

La caisse nationale peut faire appel au concours des caisses régionales et des caisses primaires pour l'exécution de certaines missions se situant sur le plan local.

Article L222-4

La caisse nationale est un établissement public national à caractère administratif [*nature juridique*]. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat.

Celles-ci sont représentées auprès de la caisse nationale par des commissaires du Gouvernement.

Article L222-5

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés est administrée par un conseil

d'administration de trente membres comprenant *composition* :

1° Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Treize représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

3° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance vieillesse et désignées par l'autorité compétente de l'Etat, dont au moins un représentant des retraités.

Siègent également, avec voix consultative :

1° Une personne désignée par l'Union nationale des associations familiales ;

2° Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

Article L222-6

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés peut intervenir pour la partie des prestations servies par des régimes spéciaux existant avant le 6 octobre 1945, équivalente aux prestations d'assurance vieillesse servies aux travailleurs salariés du régime général.

Elle passe une convention financière avec la personne morale en charge de la gestion du risque vieillesse au sein du régime spécial. Les dispositions prévues au premier alinéa ne peuvent entrer en application que si l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale conclut parallèlement une convention financière avec la même personne morale, dans des conditions prévues à l'article L. 225-1-2.

Cette convention est soumise à l'approbation des ministres de tutelle des régimes de sécurité sociale concernés.

L'opération définie au premier alinéa constitue un adossement de la branche vieillesse d'un régime spécial sur la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. Elle fait l'objet, préalablement à la signature de la convention, d'une information appropriée des commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat en charge des affaires sociales ainsi que des autres commissions concernées, qui disposent d'un délai raisonnable pour évaluer les documents qui leur sont transmis. L'information préalable du Parlement porte sur les modalités des opérations d'adossement, qu'elles soient réalisées par voie législative ou réglementaire.

Les commissions saisies au fond du projet de loi de financement de la sécurité sociale agissent dans le cadre de leurs prérogatives de suivi et de contrôle énoncées aux articles LO 111-9 et LO 111-10.

Article L222-7

L'adossment d'un régime de retraite spécial ou de tout autre régime de retraite sur la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés est réalisé conformément aux dispositions de l'article L. 222-6 et respecte le principe de stricte neutralité financière de l'opération pour les assurés sociaux du régime général.

La personne morale en charge, pour le régime adossé, de la gestion du risque vieillesse présente chaque année, dans le cadre de son rapport public annuel, l'ensemble des informations démographiques, financières et économiques permettant d'apprécier le respect du principe de stricte neutralité de l'adossment à l'égard des assurés sociaux relevant de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et des fédérations d'institutions de retraite complémentaire.

La personne morale en charge, pour le régime adossé, de la gestion du risque vieillesse, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et les fédérations d'institutions de retraite complémentaire établissent un rapport sur la neutralité du dispositif d'adossment à l'égard des assurés sociaux relevant du régime général et des régimes de retraite complémentaire. A compter de la date d'entrée en vigueur de l'adossment, ces rapports sont adressés tous les cinq ans au Parlement.

Chapitre 3 : Caisse nationale des allocations familiales.

Article L223-1

La caisse nationale des allocations familiales a pour rôle :

- 1°) D'assurer le financement de l'ensemble des régimes de prestations familiales ;
- 2°) De gérer un fonds d'action sanitaire et sociale dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis de son conseil d'administration ;
- 3°) D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'allocations familiales et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;
- 4°) De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses d'allocations familiales et des unions et fédérations desdits organismes et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime général, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat ;
- 5°) De verser au Fonds de solidarité vieillesse créé à l'article L. 135-1 un montant égal aux dépenses

prises en charge par ce fonds au titre des majorations de pensions mentionnées au a du 3° et au 6° de l'article L. 135-2 ; ce versement fait l'objet d'acomptes ;

6°) D'assurer le remboursement des indemnités ou allocations versées dans les conditions fixées par les articles L. 331-8, L. 615-19-2 et L. 722-8-3 du présent code, les articles L. 732-12-1 et L. 742-3 du code rural et le dernier alinéa de l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines, ainsi que des frais de gestion afférents au service de ces indemnités ou allocations dont le montant est fixé par arrêté ministériel ;

7°) D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération brute, déduction faite des indemnités, des avantages familiaux et des cotisations et contributions sociales salariales, servie pendant la durée du congé de paternité aux ouvriers sous statut de l'Etat, aux magistrats, aux militaires et aux fonctionnaires visés à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret ;

8°) D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération soumise à cotisation au titre des allocations familiales, déduction faite des cotisations et contributions sociales salariales, versée aux agents bénéficiant des régimes spéciaux de la Société nationale des chemins de fer français, de la Régie autonome des transports parisiens, des industries électriques et gazières et de la Banque de France, pendant la durée du congé de paternité ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret.

Article L223-2

La Caisse nationale des allocations familiales est un établissement public national à caractère administratif. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat.

Celles-ci sont représentées auprès de la caisse nationale par des commissaires du Gouvernement.

Article L223-3

La Caisse nationale des allocations familiales est administrée par un conseil d'administration de trente-cinq membres comprenant *composition* :

1° Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Treize représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :

- dix représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

- trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou organisations professionnelles des travailleurs indépendants représentatives sur le plan national ;

3° Cinq représentants des associations familiales désignés par l'Union nationale des associations familiales ;

4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'allocations familiales désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

Article L223-4

En cas d'adossment d'un régime de retraite spécial sur la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés réalisé dans les conditions prévues à l'article L. 222-6, le principe de stricte neutralité financière de l'opération pour les assurés sociaux du régime général posé par l'article L. 222-7 s'applique également à l'égard des assurés sociaux relevant de la Caisse nationale des allocations familiales pour le calcul de la participation mentionnée au 5° de l'article L. 223-1.

Les rapports établis en application des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 222-7 mentionnent les éléments d'information démographiques, financiers et économiques permettant d'apprécier le respect du principe de stricte neutralité de l'adossment à l'égard des assurés sociaux relevant de la Caisse nationale des allocations familiales.

Chapitre 4 : Dispositions communes aux caisses nationales et à l'agence centrale

Article L224-1

Le conseil ou les conseils d'administration des caisses nationales de l'assurance maladie, des allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ainsi que de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peuvent déléguer certaines de leurs attributions à des commissions comprenant des personnalités n'appartenant pas aux conseils et ayant la qualité de membres du conseil ou d'administrateurs de caisse primaire d'assurance maladie, de caisse d'allocations familiales, d'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ou encore, en ce qui concerne les accidents du travail, de membres des comités techniques nationaux mentionnés à l'article L. 422-1.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les règles de constitution de ces commissions et le mode de désignation de leurs membres par le conseil ou les conseils d'administration des caisses nationales intéressées.

Article L224-3

Le directeur de chaque caisse nationale et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale représente la caisse ou l'agence en justice et dans les actes de la vie civile. Il peut donner mandat à cet effet à certains agents de la caisse ou de l'agence.

Article L224-4

Les représentants des trois caisses nationales des allocations familiales, de l'assurance maladie, d'assurance vieillesse et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale disposent d'un droit d'inspection sur les organismes qui relèvent de ces caisses ou de l'agence.

Article L224-5

L'Union des caisses nationales de sécurité sociale, union nationale au sens de l'article L. 216-3, assure les tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale. Elle négocie et conclut les conventions collectives nationales prévues aux articles L. 123-1 et L. 123-2.

Elle évalue, coordonne et participe à la mise en oeuvre des politiques de formation du personnel. Elle assure le suivi de la gestion prévisionnelle de l'emploi, des effectifs, de la masse salariale et des politiques de recrutement du régime général. Elle promeut la sécurité et la santé au travail.

Elle peut assurer la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou des organismes locaux.

Elle peut se voir confier par l'Etat, les caisses nationales du régime général ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des missions sur les questions relatives aux conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale, ou sur tout sujet de fonctionnement des organismes d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières. Elle peut également passer convention avec les caisses nationales des autres régimes de sécurité sociale, des organismes locaux du régime général et de tout organisme de tout autre régime de sécurité sociale.

Elle assure la gestion administrative et comptable du fonds mentionné à l'article L. 114-24.

Article L224-5-1

L'union est dotée d'un conseil d'orientation composé :

- d'une part, des représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et, en nombre égal, des représentants d'employeurs désignés par des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;
- d'autre part, du président et du vice-président des caisses nationales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale qui ne peuvent appartenir au même collège.

Les membres du conseil d'orientation sont désignés pour une durée de cinq ans.

Le conseil d'orientation élit en son sein son président.

Le directeur et le président du comité exécutif des directeurs prévu à l'article L. 224-5-2 assistent aux séances du conseil.

Le conseil d'orientation définit les orientations générales de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale. Dans le cadre de ces orientations générales, il arrête le programme de la négociation collective sur proposition du comité exécutif des directeurs.

Il donne son avis sur les orientations de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 224-5-5.

Il donne son avis sur le rapport d'activité de l'union.

Il nomme le directeur, l'agent comptable et le directeur adjoint de l'union sur proposition du comité exécutif des directeurs.

Il approuve le budget annuel de gestion administrative sur proposition du comité exécutif des directeurs.

Il établit son règlement intérieur.

Il adopte et modifie les statuts de l'union sur proposition du comité exécutif des directeurs.

Sous réserve de l'agrément ministériel, les accords collectifs nationaux deviennent exécutoires à l'expiration d'un délai d'un mois pendant lequel le conseil d'orientation peut s'y opposer à la majorité des trois quarts de ses membres désignés. A la même majorité le comité peut demander l'évocation d'un sujet pendant la négociation d'un accord collectif national.

Article L224-5-2

L'union est dotée d'un comité exécutif des directeurs composé du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des directeurs, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de quatre directeurs d'organismes régionaux ou locaux de sécurité sociale du régime général désignés dans des conditions fixées par décret.

Le comité exécutif peut s'adjoindre deux personnes qualifiées.

Le comité élit en son sein un président parmi les directeurs d'organismes. En cas de partage des voix, le président a voix prépondérante.

Le comité peut constituer en son sein des commissions.

Le directeur de l'union assiste aux séances du comité.

Le comité a notamment pour rôle :

1° D'élaborer le budget de gestion administrative et de prendre toute décision budgétaire, à l'exception de celles prévues à l'article L. 224-5-1 ;

2° De proposer au conseil d'orientation la nomination du directeur, du directeur adjoint et de l'agent comptable ;

2° bis De déterminer, pour la conclusion de la convention mentionnée à l'article L. 224-5-5, les orientations pluriannuelles relatives aux missions de l'union ainsi que l'ensemble des moyens nécessaires à la réalisation de ces orientations ;

3° D'élaborer, après concertation avec les fédérations syndicales, le programme de la négociation collective proposé au conseil d'orientation ;

4° De donner mandat au directeur pour négocier et conclure des accords collectifs nationaux. Le directeur informe le comité de l'état de la négociation ;

5° De mettre en place dans des conditions définies par négociation avec les fédérations signataires de la convention collective nationale une instance nationale de concertation réunissant les caisses nationales et ces fédérations consultée, au moins une fois par an, sur toutes les questions institutionnelles ayant un impact sur l'organisation du travail et l'emploi, notamment à l'occasion de l'élaboration des conventions d'objectifs et de gestion, des plans stratégiques de branche, des projets nationaux et schémas directeurs informatiques.

Article L224-5-3

Par dérogation aux articles L. 123-1 et L. 123-2, les décisions et les accords de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale s'appliquent de plein droit dès lors qu'ils sont d'application automatique d'un accord collectif national.

Dans les établissements de santé, les décisions et les accords de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale ne s'imposent pas à l'autorité de tarification.

Article L224-5-4

Sous réserve des dispositions des articles L. 224-5 à L. 224-5-3, l'Union des caisses nationales de sécurité sociale est régie par les dispositions du présent livre, et notamment les articles L. 224-3, L. 224-10 et L. 281-3.

Article L224-5-5

Une convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'Etat et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale détermine les orientations pluriannuelles liées à la mise en oeuvre des missions confiées à l'union.

Cette convention détermine également les moyens de fonctionnement dont l'union dispose et fixe les règles de calcul et d'évolution de son budget. Elle prévoit les indicateurs associés aux objectifs fixés. Elle précise les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution, notamment pour tenir compte du renouvellement des conventions mentionnées à l'article L. 227-1.

La convention est signée par le président du conseil d'orientation, le président du comité exécutif et le directeur de l'union.

La convention, conclue pour une durée minimale de quatre ans, et, le cas échéant, les avenants qui la modifient sont transmis aux commissions parlementaires mentionnées à l'article LO 111-9.

Article L224-5-6

Les caisses nationales du régime général et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale concluent chacune avec l'Union des caisses nationales de sécurité sociale une convention précisant leurs objectifs et leurs engagements réciproques pour la réalisation des missions de l'union. Cette convention est signée par le directeur général ou le directeur de chaque caisse nationale et de l'agence centrale et, pour l'union, par le président du comité exécutif et le directeur. Elle est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale.

Article L224-6

Les modalités spécifiques de tutelle et de fonctionnement de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale sont fixées, en tant que de besoin, par décret.

Article L224-7

Le personnel des caisses nationales de l'assurance maladie, des allocations familiales, d'assurance vieillesse et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale comprend :

1°) Des agents régis par le statut général de la fonction publique ;

2°) Des agents soumis à un statut de droit public fixé par décret ;

3°) Des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

Les praticiens-conseils du service du contrôle médical sont des agents de la caisse nationale de l'assurance maladie.

Article L224-8

Les agents des organismes de sécurité sociale nommés dans un emploi d'agent soumis à un statut de droit public ou éventuellement de droit privé de l'un des organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 224-7 [*caisses nationales de l'assurance maladie, des allocations familiales, de l'assurance vieillesse et de l'agence centrale*], peuvent opter pour le maintien de leur rattachement au régime de la convention collective qui leur est applicable, dans les conditions et limites fixées par un décret en Conseil d'Etat.

Article L224-9

Les articles L. 231-5 et L. 281-3 sont applicables au conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et aux conseils d'administration, de la caisse nationale des allocations familiales, de la caisse nationale d'assurance vieillesse et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, ainsi qu'aux membres desdits conseils d'administration.

Article L224-10

Les délibérations du conseil et de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des conseils d'administration, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ainsi que du conseil d'orientation et du comité exécutif des directeurs de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, à l'exception de celles qui, en vertu des dispositions législatives ou réglementaires, doivent être soumises à approbation, ne deviennent exécutoires que s'il n'y a pas opposition des autorités compétentes de l'Etat dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat.

Les décisions du conseil, des conseils d'administration, du conseil d'orientation ou du comité exécutif des directeurs prises en application des conventions d'objectifs et de gestion, y compris celles relatives aux budgets de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'allocations familiales, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale sont exécutoires de plein droit vingt jours après la réception des délibérations par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, sauf opposition motivée de l'un ou l'autre d'entre eux.

A défaut de signature de la convention avant le 1er janvier de la première année de sa mise en oeuvre, les dispositions du premier alinéa du présent article s'appliquent.

Article L224-11

Les organismes nationaux peuvent prescrire aux organismes de base mentionnés au titre Ier du livre II toutes mesures tendant à améliorer leur gestion ou à garantir le respect des dispositions prévues à l'article L. 224-13. Au cas où ces prescriptions ne sont pas suivies, l'organisme national peut mettre en demeure l'organisme de base de prendre, dans un délai déterminé, toutes mesures de redressement utiles. En cas de carence, l'organisme national peut se substituer à l'organisme de base

et ordonner la mise en application des mesures qu'il estime nécessaires pour rétablir la situation de cet organisme.

Article L224-12

Les caisses nationales, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale peuvent passer, pour leur propre compte, celui des organismes locaux et celui des agences régionales de santé, des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par les caisses nationales, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, les organismes locaux ou les agences régionales de santé.

Article L224-13

Les caisses nationales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assurent le financement des dépenses budgétaires prévues par les articles L. 225-6, L. 251-1, L. 251-6 et L. 251-8. Elles procèdent à la répartition des dotations nécessaires au financement de ces dépenses. Elles approuvent les budgets établis à cet effet par les organismes mentionnés au titre Ier du livre II dans les conditions prévues à l'article L. 153-2. Elles établissent et mettent en oeuvre des schémas directeurs informatiques en vue d'assurer une coordination au sein des branches qu'elles gèrent ou de l'organisation des organismes de recouvrement. Elles contrôlent la compatibilité de l'informatique locale avec ce schéma.

Article L224-14

Les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-2, L. 222-4 et L. 223-2 mettent en oeuvre ou coordonnent des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elles peuvent à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations.

Elles peuvent requérir la participation de leurs organismes régionaux et locaux à ces actions.

Chapitre 5 : Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Section 1 : Missions de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale

Article L225-1

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches gérées par la Caisse nationale des allocations familiales, par la

Caisse nationale de l'assurance maladie et par la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, dans les conditions fixées par décret pris sur le rapport des ministres intéressés.

En vue de clarifier la gestion des branches du régime général, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure l'individualisation de la trésorerie de chaque branche par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable ; elle établit l'état prévisionnel de la trésorerie de chaque branche.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article, ainsi que les conditions de placement des excédents de trésorerie globalement constatés pour l'ensemble des branches mentionnées au premier alinéa.

Article L225-1-1

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :

1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ;

2° De définir ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en oeuvre par les organismes locaux ;

2° bis De coordonner ses orientations en matière de recouvrement contentieux des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre de leurs salariés, avec celles définies, en application du I de l'article L. 133-6-4, par le régime social des indépendants pour leurs cotisations et contributions sociales personnelles ;

3° Dans les cas prévus par la loi, de recouvrer directement des cotisations et des contributions ; ce recouvrement s'effectue sous les garanties et sanctions applicables aux cotisations du régime général en vertu des chapitres II, III, IV et V du titre IV du livre Ier et des chapitres III et IV du titre IV du présent livre ;

3° bis D'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ;

3° ter D'autoriser les organismes de recouvrement à saisir le comité mentionné à l'article L. 243-7-2 et à porter les litiges devant la Cour de cassation ;

3° quater D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ;

3° quinquies D'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ;

4° De recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'Etat fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l'Etat ;

5° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des cotisations d'allocations familiales, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes, et d'en transférer le produit vers les organismes du régime général, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse nationale du régime social des indépendants, ainsi que d'en opérer le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, ainsi qu'aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat ;

5° bis De gérer, pour le compte des régimes de sécurité sociale concernés, la répartition des impôts et taxes mentionnés au II de l'article L. 131-8 ;

6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.

Article L225-1-2

Lorsque la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés passe une convention financière en application de l'article L. 222-6, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut parallèlement conclure une convention financière avec la personne morale en charge de la gestion du risque vieillesse au sein du régime spécial.

La conclusion de cette convention conditionne l'entrée en application du premier alinéa de l'article L. 222-6.

Cette convention est soumise à l'approbation des ministres de tutelle des régimes de sécurité sociale concernés.

Article L225-1-3

Les régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi que les organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article LO 111-4 peuvent déposer, contre rémunération, tout ou partie de leurs disponibilités auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Les modalités du dépôt sont fixées par une convention qui est soumise à l'approbation des ministres de tutelle de l'agence et du régime, de l'organisme ou du fonds concerné.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article. ;

Article L225-1-4

Dans la limite des plafonds de ressources non permanentes fixés en application du e du 2° du C du I de l'article LO 111-3, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut, à titre exceptionnel et contre rémunération, consentir des avances d'une durée inférieure à un mois aux régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi qu'aux organismes et fonds mentionnés au 8°

du III de l'article LO 111-4, dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné.

Pour déterminer les conditions de chaque avance, une convention est conclue entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné. La convention est soumise à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget.

Section 2 : Organisation et moyens de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale *ACOSS*

Article L225-2

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est un établissement public national à caractère administratif. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat.

Article L225-3

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est administrée par un conseil d'administration de trente membres comprenant *composition* :

1° Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Treize représentants des employeurs et des travailleurs indépendants à raison de :

- dix représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

- trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou organisations professionnelles des travailleurs indépendants représentatives sur le plan national ;

3° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des unions de recouvrement et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

Article L225-4

Les caisses de sécurité sociale communiquent à l'agence centrale toute information nécessaire à

l'exercice de la mission qui lui est confiée à l'article L. 225-1.

Article L225-6

Les ressources nécessaires au financement du fonds national de gestion administrative de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont prélevées chaque année sur les encaissements du régime général de sécurité sociale, dans des conditions fixées par arrêté interministériel.

Chapitre 6 : Dispositions relatives aux agents de direction des organismes nationaux

Article L226-1

Le directeur de chaque caisse nationale et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est nommé par l'autorité compétente de l'Etat après avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné sous réserve des dispositions des premier et deuxième alinéas de l'article L. 221-3-1.

Chapitre 7 : Dispositions relatives aux conventions d'objectifs et de gestion

Article L227-1

I. - Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat conclut respectivement avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, la Caisse nationale des allocations familiales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des conventions d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.

Ces conventions déterminent, pour les branches mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 et pour les organismes de recouvrement, les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et les organismes disposent pour les atteindre et les actions mises en oeuvre à ces fins par chacun des signataires.

Elles précisent :

1° Les objectifs liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent

la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ;

2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;

2° bis Les objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et de son organisation territoriale ;

3° Les objectifs de l'action sociale, de prévention et de lutte contre l'exclusion ;

4° Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et, s'il y a lieu, d'action sanitaire et sociale et de prévention ;

5° Le cas échéant, les conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du réseau des caisses locales.

Ces conventions prévoient, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

Elles déterminent également :

1° Les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de chaque convention, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale et des modifications importantes de la charge de travail des organismes liées à l'évolution du cadre législatif et réglementaire de leur action ;

2° Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

II. (Paragraphe abrogé)

III. - Les conventions d'objectifs et de gestion sont conclues pour une période minimale de quatre ans.

Les conventions et, le cas échéant, les avenants qui les modifient sont transmis aux commissions parlementaires mentionnées à l'article LO. 111-9.

Article L227-2

Les conventions d'objectifs et de gestion sont signées, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil ou du conseil d'administration et par le directeur général ou le directeur et, en ce qui concerne la convention d'objectifs et de gestion relative à la branche accidents du travail et maladies professionnelles, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance

maladie des travailleurs salariés.

Article L227-3

La mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion conclus entre, d'une part, chaque caisse nationale et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, chacun de leurs organismes régionaux ou locaux. Ces contrats pluriannuels de gestion sont signés, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil ou du conseil d'administration ou, selon le cas, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le directeur général et, pour le compte de l'organisme régional ou local, par le président du conseil ou du conseil d'administration et le directeur de l'organisme concerné.

Toutefois, pour les organismes de la branche maladie, ces contrats sont signés par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et le directeur de l'organisme concerné.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses.

Titre 3 : Dispositions communes à toutes les caisses

Chapitre 1er : Dispositions relatives aux conseils ou aux conseils d'administration

Section 1 : Composition des conseils ou des conseils d'administration

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article L231-2

Le mandat des membres des conseils ou des conseils d'administration des organismes du régime général de sécurité sociale est de cinq ans.

Article L231-3

I. - Chaque organisation ayant désigné un ou plusieurs représentants au conseil ou au conseil d'administration des organismes de sécurité sociale mentionnés aux titres Ier et II du présent livre désigne un nombre égal de membres du conseil ou d'administrateurs suppléants.

Les suppléants sont appelés à siéger au conseil ou au conseil d'administration en l'absence des titulaires et à remplacer ceux dont le siège deviendrait vacant. Le nombre de suppléants est égal au nombre de titulaires. Lorsque le siège d'un de ses représentants titulaire ou suppléant devient vacant, l'organisation nationale concernée désigne un ou plusieurs nouveaux représentants. Ces nouveaux représentants siègent jusqu'au renouvellement suivant de l'ensemble des conseils et des conseils d'administration.

II. - Les fonctions de suppléant des représentants du personnel sont exercées par les candidats venant sur la liste immédiatement après le dernier candidat élu de cette liste.

Article L231-4

En cas de dissolution du conseil ou du conseil d'administration d'un organisme du régime général de sécurité sociale au cours des quatre premières années suivant sa désignation, il est procédé à de nouvelles désignations pour la durée du mandat restant à courir jusqu'au renouvellement suivant de l'ensemble des conseils ou des conseils d'administration.

Article L231-5

Le membre du conseil ou l'administrateur révoqué ne peut être désigné à ces mêmes fonctions pendant une durée de quatre ans à dater de l'arrêté de révocation.

En cas de dissolution d'un conseil ou d'un conseil d'administration, les membres dudit conseil ne peuvent être désignés aux mêmes fonctions avant l'expiration d'un délai de quatre ans.

Article L231-5-1

Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 221-3, L. 222-5, L. 223-3 et L. 225-3.

Sous-section 2 : Règles applicables pour la désignation des membres du conseil et des administrateurs

Article L231-6

Les membres des conseils ou des conseils d'administration doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de soixante-cinq ans au plus à la date de leur nomination, n'avoir fait l'objet d'aucune des condamnations mentionnées aux articles L. 6 et L. 7 du code électoral et ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation à une peine correctionnelle prononcée en application des dispositions du code de la sécurité sociale ou dans les cinq années précédant la date susmentionnée à une peine contraventionnelle prononcée en application de ce code.

Toutefois la limite d'âge de soixante-cinq ans n'est pas applicable aux membres du conseil ou administrateurs représentants des retraités désignés au titre des personnes qualifiées.

Article L231-6-1

Ne peuvent être désignés comme membre du conseil ou administrateur ou perdent le bénéfice de leur mandat :

1° Les assurés volontaires, les assurés personnels, les employeurs et les travailleurs indépendants qui n'ont pas satisfait à leurs obligations à l'égard des organismes de recouvrement de sécurité sociale dont ils relèvent ;

2° Les membres du personnel des organismes du régime général de sécurité sociale, de leurs unions, fédérations ou de leurs établissements, ainsi que les anciens membres qui ont cessé leur activité depuis moins de cinq ans, s'ils exerçaient une fonction de direction dans la branche pour laquelle ils sollicitent un mandat, ou qui ont fait l'objet depuis moins de dix ans d'un licenciement pour motif disciplinaire ;

3° Au conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, les agents des sections locales de la caisse dont ils assurent une partie des attributions ;

4° Les agents exerçant effectivement, ou ayant cessé d'exercer depuis moins de cinq ans, dans le cadre de leurs attributions, des fonctions de contrôle ou de tutelle sur l'organisme concerné ;

5° Dans le ressort de l'organisme de sécurité sociale :

a) Pour la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie :

-les personnes qui exercent des fonctions de direction dans un établissement public de santé ou des fonctions de direction ou un mandat d'administrateur dans un établissement de santé privé à but lucratif ou non lucratif ;

-les personnes qui produisent, offrent ou délivrent des soins, des biens ou des services médicaux donnant lieu à prise en charge par l'assurance maladie, ainsi que les mandataires d'organisations représentant les professions de ces personnes ;

b) Les personnes, salariées ou non, exerçant les fonctions d'administrateur, de directeur ou de gérant d'une entreprise, institution ou association à but lucratif, qui bénéficient d'un concours financier de la part de l'organisme de sécurité sociale, ou qui participent à la prestation de travaux, de fournitures ou de services ou à l'exécution de contrats d'assurance, de bail ou de location ;

c) Les personnes qui perçoivent, à quelque titre que ce soit, des honoraires de la part d'un organisme du régime général de sécurité sociale ;

d) Les personnes qui, dans l'exercice de leur activité professionnelle, plaident, consultent pour ou contre l'organisme où elles siègent, ou effectuent des expertises pour l'application de la législation de sécurité sociale à des ressortissants dudit organisme.

Perdent également le bénéfice de leur mandat :

1° Les personnes qui cessent d'appartenir à l'organisation qui a procédé à leur désignation au sein d'un conseil ou d'un conseil d'administration ;

2° Les personnes dont le remplacement est demandé par l'organisation qui a procédé à leur désignation.

Section 2 : Fonctionnement.

Article L231-7

Le président et, le cas échéant, le ou les vice-présidents de chacun des conseils ou conseils d'administration des caisses locales et des organismes nationaux du régime général de sécurité sociale sont élus par les membres du conseil ou du conseil d'administration.

Les personnes qualifiées ne sont ni électeurs ni éligibles aux fonctions de président et de vice-président.

La durée du mandat du président est fixée à cinq ans renouvelable une fois.

Les membres du conseil ou du conseil d'administration d'un organisme régional ou local créé à la suite de la fusion d'au moins deux organismes ne sont pas éligibles aux fonctions de président quand ils les ont exercées deux fois dans un des précédents conseils ou conseils d'administration de l'un de ces organismes.

Article L231-8

Le conseil ou le conseil d'administration d'une caisse siège valablement dès lors que le nombre de ses membres est supérieur à la moitié du nombre total des membres dont il est composé.

Article L231-8-1

Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de l'organisme, à l'exception de celles déléguées par lui-même ou les caisses nationales à une union ou à un groupement d'organismes.

Le conseil ou le conseil d'administration oriente et contrôle l'activité de la caisse, en se prononçant notamment sur les rapports qui lui sont soumis par le directeur dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Ces rapports comprennent au moins un rapport sur les relations avec les usagers et, à l'exception des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, un rapport sur l'action sanitaire et sociale. Au moins une séance annuelle du

conseil ou du conseil d'administration est consacrée aux relations de la caisse avec les usagers.
Cette séance est publique.

Le conseil ou le conseil d'administration peut entendre toute personne ou organisation utile à son action. Le conseil des caisses primaires d'assurance maladie entend au moins deux fois par an les représentants des professions de santé.

Article L231-9

Les employeurs sont tenus de laisser aux salariés de leur entreprise, membres d'un conseil ou d'un conseil d'administration d'un organisme de sécurité sociale, le temps nécessaire pour se rendre et participer aux séances plénières de ce conseil ou des commissions qui en dépendent.

Le temps passé hors de l'entreprise pendant les heures de travail par les membres d'un conseil ou administrateurs salariés pour l'exercice de leurs fonctions est assimilé à une durée de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés, du droit aux prestations d'assurances sociales et aux prestations familiales ainsi qu'au regard de tous les droits que le salarié tient du fait de son ancienneté dans l'entreprise.

Les absences de l'entreprise des membres d'un conseil ou administrateurs salariés, justifiées par l'exercice de leurs fonctions, n'entraînent aucune diminution de leurs rémunérations et des avantages y afférents.

Les membres d'un conseil ou administrateurs salariés, travaillant en service continu ou discontinu posté, ont droit à un aménagement d'horaires de leur travail de façon à leur garantir un temps de repos minimum.

Un décret détermine les modalités d'indemnisation des salariés qui exercent leur activité professionnelle en dehors de tout établissement ou dépendent de plusieurs employeurs.

Article L231-10

Les employeurs sont tenus d'accorder aux salariés de leur entreprise, membres d'un conseil ou d'un conseil d'administration d'un organisme de sécurité sociale, sur leur demande, des autorisations d'absence pour leur permettre d'assister aux sessions de formation organisées pour l'exercice de leurs fonctions.

Les organismes de sécurité sociale peuvent assurer, dans des conditions prévues par décret, le financement de la formation des membres des conseils ou conseils d'administration des organismes de sécurité sociale pour les préparer à l'exercice de leurs fonctions.

Article L231-11

L'exercice du mandat de membre du conseil ou d'administrateur ne peut être une cause de rupture par l'employeur du contrat de travail, à peine de dommages et intérêts au profit du salarié.

Le licenciement par l'employeur d'un salarié exerçant le mandat de membre du conseil ou d'administrateur ou ayant cessé son mandat depuis moins de six mois est soumis à la procédure prévue par l'article L. 412-18 du code du travail. Il en est de même du licenciement des candidats aux mandats de membre du conseil ou d'administrateur dès la publication des candidatures et pendant une durée de trois mois.

Lorsque le membre du conseil ou l'administrateur salarié est titulaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de travail temporaire, il bénéficie des mêmes garanties et protections que celles qui sont accordées par ce même article L. 412-18 aux délégués syndicaux titulaires de tels contrats.

Dans les branches d'activité à caractère saisonnier, les délais de protection définis au deuxième alinéa du présent article sont prolongés d'une durée égale à la période habituelle.

Article L231-12

Les organismes de sécurité sociale ne peuvent, en aucun cas, allouer un traitement à leurs membres du conseil ou administrateurs. Toutefois, ils leur remboursent leurs frais de déplacement.

Ils remboursent également aux employeurs des membres du conseil ou administrateurs salariés les salaires maintenus pour leur permettre d'exercer leurs fonctions pendant le temps de travail ainsi que les avantages et les charges sociales y afférents.

Les membres du conseil ou administrateurs des organismes de sécurité sociale ayant la qualité de travailleur indépendant peuvent percevoir des indemnités pour perte de leurs gains, fixées par arrêté ministériel.

Section 3 : Disposition d'application.

Article L231-13

Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 231-2 à L. 231-4 et L. 231-6 à L. 231-8.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses.

Titre 4 : Ressources

Chapitre 1er : Généralités

Section 1 : Assurances sociales

Sous-section 1 : Assurances maladie, maternité, invalidité et décès.

Article L241-1

Les ressources des gestions mentionnées à l'article L. 221-1 du présent code sont constituées, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, par des cotisations proportionnelles aux rémunérations ou gains perçus par les assurés et par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1.

Article L241-2

Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :

1° Les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations ainsi que les avantages de retraite versés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ;

2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés.

Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge

des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article.

Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :

1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ;

2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3 ; 3° Une fraction égale à 5,38 % du produit de la taxe sur la valeur ajoutée nette correspondant aux montants de cette taxe enregistrés au titre de l'année par les comptables publics, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour la même période par les comptables assignataires ;

4° La part du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 fixée au 1° de l'article L. 137-16 ;

5° Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 ;

6° La part du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 fixée à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 245-16 ;

7° Les taxes perçues au titre des articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 R et 1635 bis AE du code général des impôts et les droits perçus au titre de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ;

8° Une fraction du produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts.

Sous-section 2 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage.

Article L241-3

La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par une contribution du fonds institué par l'article L. 131-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2, par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4, par les contributions prévues aux articles L. 137-10 et L. 137-12, par la pénalité prévue à l'article L. 138-24 et par des cotisations assises sur les rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année et en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. Le montant du plafond, calculé selon les règles fixées par ce décret, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces cotisations dont le taux est fixé par décret, sont pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par des arrêtés ministériels pour certaines catégories

de salariés ou assimilés.

La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés et assises sur la totalité des rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.

Le recouvrement des cotisations mentionnées au présent article est assuré pour le compte de la caisse nationale d'assurance vieillesse par les unions de recouvrement. Le contrôle et le contentieux du recouvrement sont également exercés par ces unions.

Article L241-3-1

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 241-3, en cas d'emploi exercé à temps partiel au sens de l'article L. 212-4-2 du code du travail ou, dans des conditions fixées par décret, en cas d'emploi dont la rémunération ne peut être déterminée selon un nombre d'heures travaillées, l'assiette des cotisations destinées à financer l'assurance vieillesse peut être maintenue à la hauteur du salaire correspondant à son activité exercée à temps plein. La part salariale correspondant à ce supplément d'assiette n'est pas assimilable, en cas de prise en charge par l'employeur, à une rémunération au sens de l'article L. 242-1. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'exercice de cette disposition par les employeurs. Un décret en Conseil d'Etat fixe le taux de ces cotisations.

Article L241-3-2

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 241-3, en cas de suspension du contrat de travail pour le bénéfice d'un congé parental d'éducation visé à l'article L. 1225-47 du code du travail, d'un congé de solidarité familiale visé à l'article L. 3142-16 du même code, d'un congé de soutien familial visé à l'article L. 3142-22 du même code et d'un congé de présence parentale visé à l'article L. 1225-62 du même code, des cotisations ou contributions destinées à financer les régimes de retraite complémentaire mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code peuvent être versées par l'employeur et le salarié dans des conditions déterminées par accord collectif. La part salariale correspondant à ces cotisations ou contributions n'est pas assimilable, en cas de prise en charge par l'employeur, à une rémunération au sens du même article L. 242-1 pour les six premiers mois de prise en charge à compter du début du congé.

Section 2 : Accidents du travail et maladies professionnelles.

Article L241-5

Les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sont à la charge exclusive des employeurs. Elles sont assises sur les rémunérations ou gains des salariés.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de salariés ou assimilés.

Les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ne peuvent faire l'objet d'une exonération totale, y compris lorsque celle-ci ne porte que sur une partie de la rémunération.

Les ressources de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont en outre constituées par le produit de la pénalité prévue à l'article L. 138-29.

Article L241-5-1

Pour tenir compte des risques particuliers encourus par les salariés mis à la disposition d'utilisateurs par les entreprises de travail temporaire, le coût de l'accident et de la maladie professionnelle définis aux articles L. 411-1 et L. 461-1 est mis, pour partie à la charge [*financière*] de l'entreprise utilisatrice si celle-ci, au moment de l'accident, est soumise au paiement des cotisations mentionnées à l'article L. 241-5. En cas de défaillance de cette dernière, ce coût est supporté intégralement par l'employeur. Ces dispositions ne font pas obstacle à ce que le juge procède à une répartition différente, en fonction des données de l'espèce.

Les mêmes dispositions s'appliquent lorsque l'entreprise utilisatrice est une collectivité, un établissement ou une entreprise auxquels est accordée l'autorisation d'assumer la charge totale ou partielle de la réparation des accidents du travail en vertu des articles L. 413-13 ou L. 413-14.

Dans le cas où le salarié intérimaire engage une action en responsabilité fondée sur la faute inexcusable de l'employeur, sans qu'il y ait eu mise en cause de l'entreprise utilisatrice, l'entreprise de travail temporaire est tenue d'appeler en la cause l'entreprise utilisatrice pour qu'il soit statué dans la même instance sur la demande du salarié intérimaire et sur la garantie des conséquences financières d'une reconnaissance éventuelle de faute inexcusable.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les cas et les modalités d'application du présent article et notamment la part du coût de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle mise à la charge de l'entreprise utilisatrice ainsi que les documents que l'entreprise de travail temporaire et l'entreprise utilisatrice doivent s'adresser, sur leur demande.

Article L241-5-2

Le coût de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, tels que définis aux articles L. 411-1, L. 411-2 et L. 461-1 et imputables au service du salarié dans la réserve sanitaire définie au chapitre II du titre III du livre Ier de la troisième partie du code de la santé publique, est mis en totalité à la charge de l'Etat, selon des modalités définies par décret.

Section 3 : Prestations familiales

Article L241-6

Les charges de prestations familiales sont couvertes par des cotisations, ressources et contributions centralisées par la caisse nationale des allocations familiales qui suit l'exécution de toutes les dépenses.

Les cotisations et ressources mentionnées à l'alinéa précédent comprennent :

1° Des cotisations assises sur les rémunérations ou gains perçus par les salariés des professions agricoles et non agricoles ; ces cotisations sont intégralement à la charge de l'employeur ;

2° des cotisations calculées en pourcentage des revenus professionnels pour les employeurs et travailleurs indépendants des professions non-agricoles, dans des conditions fixées par décret ;

3° des cotisations et ressources affectées aux prestations familiales des personnes non-salariées du régime agricole ;

4° une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1, L. 245-14 et L. 245-15, dans les conditions fixées aux articles L. 136-8 et L. 245-16 ; 5° Le produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts ;

6° La taxe exceptionnelle sur les sommes placées sur la réserve de capitalisation des entreprises d'assurance ;

7° Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euros des contrats d'assurance vie multisupports ;

8° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 du présent code, dans les conditions fixées par ce même article ;

9° Une fraction égale à 6,70 % du produit de la taxe sur la valeur ajoutée nette correspondant aux montants de cette taxe enregistrés au titre de l'année par les comptables publics, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour la même période par les comptables assignataires (1).

Article L241-6-1

Les cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 241-6 dues pour les salariés entrant dans le champ du II de l'article L. 241-13 sont calculées selon les modalités suivantes :

1° Aucune cotisation n'est due sur les rémunérations ou gains dont le montant annuel est inférieur à un premier seuil ;

2° Le taux des cotisations croît en fonction du montant annuel des rémunérations ou gains lorsque celui-ci est compris entre ce premier seuil et un second seuil ;

3° Le taux des cotisations est constant lorsque le montant annuel des rémunérations ou gains excède ce second seuil.

Les modalités de calcul de ces cotisations, comprenant notamment les seuils mentionnés aux 1° à 3°, la formule de calcul du taux mentionné au 2° et le taux mentionné au 3°, sont fixées par décret.

Sans préjudice des dispositions spécifiques qui peuvent être prises en application de l'article L. 711-12, les cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 241-6 dues pour les salariés qui n'entrent pas dans le champ du II de l'article L. 241-13 sont proportionnelles aux rémunérations ou gains perçus par les personnes concernées. Le taux de ces cotisations est égal à celui mentionné au 3° du

présent article.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés.

Article L241-6-4

A compter du 1er octobre 1996, les gains et rémunérations versés au cours du mois civil sont exonérés de cotisation d'allocations familiales lorsqu'ils sont inférieurs ou égaux à 169 fois le salaire minimum de croissance majoré de 20 %.

Le montant de la cotisation d'allocations familiales est réduit de moitié pour les gains et rémunérations versés au cours d'un mois civil supérieurs à 169 fois le salaire minimum de croissance majoré de 20 % et inférieurs ou égaux à 169 fois le salaire minimum de croissance majoré de 30 %.

Les dispositions du présent article sont applicables aux gains et rémunérations versés à des salariés dont l'emploi emporte l'obligation édictée par l'article L. 351-4 du code du travail et à des salariés mentionnés au 3° de l'article L. 351-12 du même code, par des employeurs relevant des dispositions du titre Ier du livre VII du présent code, à l'exclusion de ceux visés à l'article L. 711-13 et au IV de l'article 1er de la loi n° 95-882 du 4 août 1995 relative à des mesures d'urgence pour l'emploi et la sécurité sociale.

Elles ne sont pas applicables aux gains et rémunérations versés par les organismes visés à l'article 1er de la loi n° 90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de la poste et des télécommunications.

Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé avec celui d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 et de l'abattement prévu à l'article L. 322-12 du code du travail, ni avec l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou montants forfaitaires de cotisations.

Section 4 : Dispositions communes.

Article L241-7

L'assuré est tenu de verser entre les mains de l'employeur sa contribution sur les sommes perçues par lui directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboires. Le non-versement de cette contribution est une cause de résiliation du contrat de travail.

Article L241-8

La contribution de l'employeur reste exclusivement à sa charge, toute convention contraire étant nulle de plein droit.

Article L241-9

Si le travailleur à domicile, rémunéré à façon, aux pièces ou à la tâche, est lui-même assuré obligatoire, vis-à-vis du fabricant pour le compte duquel il travaille, il n'est point tenu au versement des contributions patronales afférentes à l'emploi des ouvriers qui travaillent avec lui pour ledit fabricant. Ces contributions sont à la charge du fabricant et calculées d'après les déclarations de rémunération fournies à ce dernier.

La rémunération propre au travailleur à domicile est obtenue en déduisant de la rémunération globale versée par l'employeur, d'une part, les rémunérations des personnes travaillant avec lui, d'autre part, s'il y a lieu, le montant des frais d'atelier fixés forfaitairement par arrêté ministériel.

Article L241-10

I.-La rémunération d'une aide à domicile est exonérée des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales, lorsque celle-ci est employée effectivement à leur service personnel, à leur domicile ou chez des membres de leur famille, par :

- a) Des personnes ayant atteint un âge déterminé et dans la limite, par foyer, et pour l'ensemble des rémunérations versées, d'un plafond de rémunération fixé par décret ;
- b) Des personnes ayant à charge un enfant ouvrant droit au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé mentionné à l'article L. 541-1 ou à la prestation de compensation dans les conditions définies au 1° du III de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles.
- c) Des personnes titulaires :
 - soit de l'élément de la prestation de compensation mentionnée au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles ;
 - soit d'une majoration pour tierce personne servie au titre de l'assurance invalidité, de la législation des accidents du travail ou d'un régime spécial de sécurité sociale ou de l'article L. 18 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;
- d) Des personnes se trouvant, dans des conditions définies par décret, dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, sous réserve d'avoir dépassé un âge fixé par décret ;
- e) Des personnes remplissant la condition de perte d'autonomie prévue à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles, dans des conditions définies par décret.

Sauf dans le cas mentionné au a, l'exonération est accordée sur la demande des intéressés par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations dans des conditions fixées par arrêté ministériel.

Le bénéfice de ces dispositions ne peut se cumuler pour une même aide à domicile avec le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant versé au titre de la garde à domicile.

II.-Les particuliers et personnes morales qui ont passé un contrat conforme aux articles L. 442-1 et L. 444-3 du code de l'action sociale et des familles pour l'accueil par des particuliers à leur domicile, à titre onéreux, de personnes mentionnées aux a, c, d et e du I du présent article sont exonérés, dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du même I, des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales dues sur la rémunération qu'elles versent à ces accueillants familiaux.

III.-Sont exonérées de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales les rémunérations versées aux aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues à l'article L. 1242-2 du code du travail, par les structures suivantes :

1° Les associations et entreprises déclarées dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1-1 du même code pour l'exercice des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées ;

2° Les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ;

3° Les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale.

Cette exonération s'applique à la fraction des rémunérations versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées au domicile à usage privatif :

a) Des personnes mentionnées au I ;

b) Des bénéficiaires soit de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre les structures susmentionnées et un organisme de sécurité sociale, soit des prestations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 222-3 du code de l'action sociale et des familles ou des mêmes prestations d'aide et d'accompagnement aux familles dans le cadre d'une convention conclue entre ces structures et un organisme de sécurité sociale, dans la limite, pour les tâches effectuées au bénéfice des personnes visées au a du I du présent article, du plafond prévu par ce même a.

Un décret détermine les modalités d'application de l'exonération prévue par le présent III et notamment :

-les informations et pièces que les associations, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes visés au précédent alinéa doivent produire auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général ;

-les modalités selon lesquelles les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général vérifient auprès des organismes servant les prestations mentionnées aux b, c, d et e du I ou les prestations d'aide ménagère visées au précédent alinéa que les personnes au titre desquelles cette exonération a été appliquée ont la qualité de bénéficiaires desdites prestations.

Les rémunérations des aides à domicile ayant la qualité d'agent titulaire relevant du cadre d'emplois des agents sociaux territoriaux en fonction dans un centre communal ou intercommunal d'action sociale bénéficient d'une exonération de 100 % de la cotisation d'assurance vieillesse due au régime visé au 2° de l'article R. 711-1 du présent code pour la fraction de ces rémunérations remplissant les conditions définies au présent III.

IV.-Par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-7 du présent code, l'exonération prévue au III n'est pas compensée par le budget de l'Etat.

V.-Les dispositions du présent article sont applicables aux périodes d'emploi postérieures au 31 décembre 1998 ; toutefois, la limite prévue au a du I est applicable aux périodes d'emploi postérieures au 31 mars 1999.

Article L241-11

La partie de la rémunération des personnes visées au 1 de l'article L. 322-4-16-3 du code du travail [*salariés d'une association intermédiaire*] correspondant à une durée d'activité inférieure ou égale à une limite fixée par décret est exonérée des cotisations d'assurances sociales et d'allocations familiales à la charge de l'employeur. Elle donne lieu à versement d'une cotisation forfaitaire d'accident du travail.

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 241-12 sont applicables aux cotisations patronales d'assurances sociales, d'allocations familiales et d'accidents du travail sur les rémunérations versées par les employeurs visés au deuxième alinéa de l'article L. 322-4-16 du code du travail.

Le bénéfice de ces dispositions ne peut être cumulé avec celui de l'exonération prévue au dernier alinéa de l'article L. 241-10.

Article L241-12

Les cotisations d'assurances sociales et d'allocations familiales dues au titre des activités exercées dans un but de réinsertion socioprofessionnelle par les personnes en difficulté sont calculées sur une assiette forfaitaire fixée par arrêté lorsque les rémunérations qui leur sont versées sont inférieures ou égales au montant de cette assiette.

Il n'est pas dû de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales au titre des activités mentionnées au présent article et calculées sur l'assiette forfaitaire mentionnée au précédent alinéa ou sur la rémunération ou la partie de la rémunération inférieure ou égale, par heure d'activité rémunérée, au salaire minimum de croissance. Les présentes dispositions sont applicables aux périodes d'activité accomplies à compter du 1er janvier 1999.

Les dispositions du présent article sont applicables aux personnes accueillies dans les structures suivantes :

-centres d'hébergement et de réadaptation sociale visés à l'article L. 345-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que les services ou établissements habilités qui organisent des activités professionnelles dans un but de réinsertion socioprofessionnelle en application des articles L. 121-2 et L. 222-5 du même code ;

-structures agréées au titre de l'article 185-2 du même code et des textes pris en application dudit article organisant des activités professionnelles en vue de favoriser leur insertion sociale et les structures assimilées dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de l'action sociale ;

-organismes visés à l'article L. 265-1 du code de l'action sociale et des familles qui en font la

demande.

Article L241-13

I.-Les cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales qui sont assises sur les gains et rémunérations inférieurs au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, font l'objet d'une réduction dégressive.

II.-Cette réduction est appliquée aux gains et rémunérations versés aux salariés au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée par l'article L. 5422-13 du code du travail et aux salariés mentionnés au 3° de l'article L. 351-12 du même code, à l'exception des gains et rémunérations versés par les particuliers employeurs.

Cette réduction n'est pas applicable aux gains et rémunérations versés par les employeurs relevant des dispositions du titre Ier du livre VII du présent code, à l'exception des employeurs relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des marins, des mines et des clercs et employés de notaires.

III.-Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié. Il est égal au produit de la rémunération annuelle, telle que définie à l'article L. 242-1 par un coefficient, selon des modalités fixées par décret. Ce coefficient est déterminé par application d'une formule fixée par décret. Il est fonction du rapport entre la rémunération annuelle du salarié telle que définie à l'article L. 242-1 hors rémunération des temps de pause, d'habillage et de déshabillage versée en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 11 octobre 2007 et le salaire minimum de croissance calculé pour un an sur la base de la durée légale du travail augmentée, le cas échéant, du nombre d'heures complémentaires ou supplémentaires, sans prise en compte des majorations auxquelles elles donnent lieu. Lorsque le salarié est soumis à un régime d'heures d'équivalences payées à un taux majoré en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 1er janvier 2010, la majoration salariale correspondante est également déduite de la rémunération annuelle du salarié dans la limite d'un taux de 25 %. Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur toute l'année, le salaire minimum de croissance pris en compte est celui qui correspond à la durée de travail prévue au contrat.

Le décret prévu à l'alinéa précédent précise les modalités de calcul de la réduction dans le cas des salariés dont le contrat de travail est suspendu avec maintien de tout ou partie de la rémunération. La valeur du coefficient décroît en fonction du rapport mentionné au premier alinéa du présent III et devient nulle lorsque ce rapport est égal à 1,6.

La valeur maximale du coefficient est égale à la somme des taux des cotisations patronales dues au titre des assurances sociales dans les cas suivants :

1° Pour les gains et rémunérations versés par les employeurs de moins de vingt salariés ;

2° Pour les gains et rémunérations versés par les groupements d'employeurs visés aux articles L. 1253-1 et L. 1253-2 du code du travail pour les salariés mis à la disposition, pour plus de la moitié du temps de travail effectué sur l'année, des membres de ces groupements qui ont un effectif de moins de vingt salariés.

Elle est fixée par décret dans la limite de la valeur maximale définie ci-dessus pour les autres employeurs.

IV.-Pour les salariés pour lesquels l'employeur est tenu à l'obligation d'indemnisation compensatrice de congé payé prévue à l'article L. 1251-19 du code du travail et dans les professions dans lesquelles le paiement des congés des salariés et des charges sur les indemnités de congés est mutualisé entre les employeurs affiliés aux caisses de compensation prévues à l'article L. 3141-30 du code du travail, le montant de la réduction déterminée selon les modalités prévues au III est

majoré d'un taux fixé par décret. La réduction prévue au présent article n'est pas applicable aux cotisations dues au titre de ces indemnités par lesdites caisses de compensation.

V.-Les modalités selon lesquelles les cotisations dues au titre des rémunérations versées au cours d'un mois civil tiennent compte de cette réduction ainsi que les modalités de régularisation du différentiel éventuel entre la somme des montants de la réduction appliquée au cours de l'année et le montant calculé pour l'année sont précisées par décret.

VI.-Le bénéfice des dispositions du présent article est cumulable avec les déductions forfaitaires prévues à l'article L. 241-18 et avec l'exonération prévue à l'article L. 741-15-1 du code rural et de la pêche maritime.

Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé, à l'exception du cas prévu à l'alinéa précédent, avec celui d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations.

VI.-L'employeur doit tenir à disposition des organismes de recouvrement des cotisations un document en vue du contrôle du respect des dispositions du présent article. Le contenu et la forme de ce document sont précisés par décret.

VII.-Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de la réduction est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.

VIII.-Le montant de la réduction est imputé sur les cotisations de sécurité sociale mentionnées au I dans des conditions définies par arrêté.

Article L241-15

Pour la mise en oeuvre des mesures d'exonération ou de réduction de cotisations de sécurité sociale prévues par le présent code ou par toute autre disposition législative ou réglementaire, l'assiette de calcul s'entend des heures rémunérées quelle qu'en soit la nature.

Article L241-16

Les sommes versées aux arbitres et juges mentionnés au 29° de l'article L. 311-3 sont exonérées des cotisations et contributions de sécurité sociale lorsque leur montant n'excède pas, pour une année civile, la limite définie au présent alinéa, plafonné à 14, 5 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3.

Dès lors que les sommes mentionnées au premier alinéa dépassent le montant prévu au même alinéa, elles sont soumises aux cotisations et contributions de sécurité sociale, à l'exception de celles ayant le caractère de remboursement de frais qui sont soumises aux dispositions définies par l'arrêté prévu au troisième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Les fédérations sportives, ou les organes déconcentrés et ligues qu'elles ont créés en application des articles L. 131-11 et L. 132-1 du code du sport, remplissent les obligations relatives aux

déclarations et versements des cotisations et contributions visées au deuxième alinéa, dans des conditions précisées par décret.

Les dispositions du premier alinéa du présent article ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7.

Article L241-17

I.-Toute heure supplémentaire ou complémentaire ou toute autre durée de travail effectuée, lorsque sa rémunération entre dans le champ d'application du I de l'article 81 quater du code général des impôts, ouvre droit, dans les conditions et limites fixées par cet article, à une réduction de cotisations salariales de sécurité sociale proportionnelle à sa rémunération, dans la limite des cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi dont le salarié est redevable au titre de cette heure. Un décret détermine le taux de cette réduction.

Le premier alinéa est applicable aux heures supplémentaires ou complémentaires effectuées par les salariés relevant des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 du présent code dans des conditions fixées par décret, compte tenu du niveau des cotisations dont sont redevables les personnes relevant de ces régimes et dans la limite mentionnée au premier alinéa.

II.-La réduction de cotisations salariales de sécurité sociale prévue au I est imputée sur le montant des cotisations salariales de sécurité sociale dues pour chaque salarié concerné au titre de l'ensemble de sa rémunération versée au moment du paiement de cette durée de travail supplémentaire et ne peut dépasser ce montant.

III.-Le cumul de la réduction prévue au I avec l'application d'une exonération totale ou partielle de cotisations salariales de sécurité sociale ou avec l'application de taux réduits, d'assiettes forfaitaires ou de montants forfaitaires de cotisations ne peut être autorisé, dans la limite mentionnée au premier alinéa du I, que dans des conditions fixées par décret, compte tenu du niveau des cotisations dont sont redevables les salariés concernés.

IV.-Le bénéfice de la réduction prévue au I est subordonné à la mise à la disposition des agents du service des impôts compétent ou des agents chargés du contrôle mentionnés à l'article L. 243-7 du présent code et à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, par l'employeur, d'un document en vue du contrôle de l'application du présent article dans des conditions fixées par décret. Pour les salaires pour lesquels il est fait usage des dispositifs mentionnés aux articles L. 133-5-2, L. 133-8, L. 133-8-4 et L. 531-8 du présent code et à l'article L. 812-1 du code du travail, les obligations déclaratives complémentaires sont prévues par décret.

Article L241-18

I.-Toute heure supplémentaire ou toute autre durée de travail, à l'exception des heures complémentaires, effectuée par les salariés mentionnés au II de l'article L. 241-13 du présent code, lorsque sa rémunération entre dans le champ d'application du I de l'article 81 quater du code général des impôts, ouvre droit à une déduction forfaitaire des cotisations patronales à hauteur d'un montant fixé par décret. Ce montant peut être majoré dans les entreprises employant moins de vingt salariés.

II.-Une déduction forfaitaire égale à sept fois le montant défini au I est également applicable pour chaque jour de repos auquel renonce un salarié dans les conditions prévues par le second alinéa du 1° du I du même article 81 quater.

III.-Les déductions mentionnées aux I et II sont imputées sur les sommes dues par les employeurs aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 du présent code et L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime pour chaque salarié concerné au titre de l'ensemble de sa rémunération versée au moment du paiement de cette durée de travail supplémentaire et ne peuvent dépasser ce montant.

IV.-Les déductions mentionnées aux I et II sont cumulables avec des exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale dans la limite des cotisations patronales de sécurité sociale, ainsi que des contributions patronales recouvrées suivant les mêmes règles, restant dues par l'employeur au titre de l'ensemble de la rémunération du salarié concerné.

Le bénéfice des déductions mentionnées aux I et II du présent article est subordonné au respect des conditions prévues au III de l'article 81 quater du code général des impôts.

Le bénéfice de la majoration mentionnée au I du présent article est subordonné au respect du règlement (CE) n° 1998 / 2006 de la Commission, du 15 décembre 2006, concernant l'application des articles 87 et 88 du traité aux aides de minimis.

V.-Le bénéfice des déductions mentionnées aux I et II est subordonné au respect des obligations déclaratives prévues par le IV de l'article L. 241-17.

Chapitre 2 : Assiette, taux et calcul des cotisations

Section 1 : Cotisations assises sur les rémunérations ou gains versés aux travailleurs salariés et assimilés

Sous-section 1 : Dispositions générales

Article L242-1

Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire.

Lorsque le bénéficiaire d'une option accordée dans les conditions prévues aux articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce ne remplit pas les conditions prévues au I de l'article 163 bis C du code général des impôts, est considéré comme une rémunération le montant déterminé conformément au II du même article. Toutefois l'avantage correspondant à la différence définie au II de l'article 80 bis du code général des impôts est considéré comme une rémunération lors de la levée de l'option.

Il ne peut être opéré sur la rémunération ou le gain des intéressés servant au calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, de déduction au titre de frais professionnels que dans les conditions et limites fixées par arrêté interministériel. Il ne pourra également être procédé à des déductions au titre de frais d'atelier que dans les conditions et limites fixées par arrêté ministériel.

Ne seront pas comprises dans la rémunération les prestations de sécurité sociale versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par l'entremise de l'employeur.

Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions mises à la charge des employeurs en application d'une disposition législative ou réglementaire ou d'un accord national interprofessionnel mentionné à l'article L. 921-4, destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX ou versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit en couverture d'engagements de retraite complémentaire souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en oeuvre les régimes institués en application de l'article L. 921-4 et dues au titre de la part patronale en application des textes régissant ces couvertures d'engagements de retraite complémentaire.

Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par les organismes régis par les titres III et IV du livre IX du présent code ou le livre II du code de la mutualité, par des entreprises régies par le code des assurances ainsi que par les institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances et proposant des contrats mentionnés à l'article L. 143-1 dudit code, à la section 9 du chapitre II du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou au chapitre II bis du titre II du livre II du code de la mutualité lorsque ces garanties entrent dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du présent code, revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'Etat :

1° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement d'opérations de retraite déterminées par décret ; l'abondement de l'employeur à un plan d'épargne pour la retraite collectif exonéré aux termes du deuxième alinéa de l'article L. 443-8 du code du travail est pris en compte pour l'application de ces limites ;

2° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations complémentaires de prévoyance, à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ou la franchise annuelle prévue au III du même article.

Toutefois, les dispositions des trois alinéas précédents ne sont pas applicables lorsque lesdites contributions se substituent à d'autres éléments de rémunération au sens du présent article, à moins qu'un délai de douze mois ne se soit écoulé entre le dernier versement de l'élément de rémunération en tout ou partie supprimé et le premier versement desdites contributions.

Les personnes visées au 20° de l'article L. 311-3 qui procèdent par achat et revente de produits ou de services sont tenues de communiquer le pourcentage de leur marge bénéficiaire à l'entreprise avec laquelle elles sont liées.

Sont également pris en compte, dans les conditions prévues à l'article L. 242-11, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments

incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité.

Est exclue de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa, dans la limite d'un montant fixé à deux fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3, la part des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts qui n'est pas imposable en application de l'article 80 duodecies du même code. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont intégralement assimilées à des rémunérations pour le calcul des cotisations visées au premier alinéa du présent article. Pour l'application du présent alinéa, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles liées à la cessation forcée des fonctions.

Les attributions gratuites d'actions effectuées conformément aux dispositions des articles L. 225-197-1 à L. 225-197-3 du code de commerce sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa si elles sont conservées dans les conditions mentionnées au I de l'article 80 quaterdecies du code général des impôts et si l'employeur notifie à son organisme de recouvrement l'identité de ses salariés ou mandataires sociaux auxquels des actions gratuites ont été attribuées définitivement au cours de l'année civile précédente, ainsi que le nombre et la valeur des actions attribuées à chacun d'entre eux. A défaut, l'employeur est tenu au paiement de la totalité des cotisations sociales, y compris pour leur part salariale.

Les dispositions de l'avant-dernier alinéa sont également applicables lorsque l'attribution est effectuée, dans les mêmes conditions, par une société dont le siège est situé à l'étranger et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle l'attributaire exerce son activité.

Les dispositions des deux alinéas précédents ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7.

Article L242-1-1

Les rémunérations, versées ou dues à des salariés, qui sont réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale ou de minoration de l'assiette de ces cotisations.

Article L242-1-2

Pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale et par dérogation à l'article L. 242-1, les rémunérations qui ont été versées ou qui sont dues à un salarié en contrepartie d'un travail dissimulé au sens de l'article L. 324-10 du code du travail sont, à défaut de preuve contraire, évaluées forfaitairement à six fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 141-11 du même code en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé. Ces rémunérations sont soumises à l'article L. 242-1-1 du présent code et sont réputées avoir été versées au cours du mois où le délit de travail dissimulé est constaté.

Sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis, les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent

code procèdent au recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues au titre des rémunérations évaluées conformément à l'alinéa précédent.

Les modalités de prise en compte de la rémunération forfaitaire prévue au premier alinéa en matière d'ouverture des droits et de calcul des ressources au titre des prestations servies par les organismes de sécurité sociale ainsi que la procédure décrite au deuxième alinéa, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L242-1-3

Lorsqu'un redressement de cotisations ou de contributions sociales dues par un employeur est opéré par une union de recouvrement ou une caisse générale de sécurité sociale, ledit organisme, après paiement du redressement et transmission par l'employeur des déclarations de rémunérations individuelles auxquelles il est tenu, informe sans délai les caisses mentionnées à l'article L. 215-1 de ce paiement afin que les droits des salariés concernés soient rectifiés.

Article L242-1-4

Toute somme ou avantage alloué à un salarié par une personne n'ayant pas la qualité d'employeur en contrepartie d'une activité accomplie dans l'intérêt de ladite personne est une rémunération assujettie aux cotisations de sécurité sociale et aux contributions mentionnées aux articles L. 136-1 du présent code, L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

Dans les cas où le salarié concerné exerce une activité commerciale ou en lien direct avec la clientèle pour laquelle il est d'usage qu'une personne tierce à l'employeur alloue des sommes ou avantages au salarié au titre de cette activité, cette personne tierce verse à l'organisme de recouvrement dont elle dépend une contribution libératoire dont le montant est égal à 20 % de la part de ces rémunérations qui excède pour l'année considérée un montant égal à 15 % de la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois sur la base de la durée légale du travail. Les cotisations et les contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi ne sont pas dues sur ces rémunérations. Cette contribution libératoire ne s'applique que sur la part des rémunérations versées pour un an qui n'excède pas 1,5 fois la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois ; la part supérieure à ce plafond est assujettie aux cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa.

Lorsque la personne tierce appartient au même groupe que l'employeur au sens de l'article L. 2331-1 du code du travail, elle ne peut s'acquitter de ses cotisations et contributions sociales par le versement de la contribution libératoire prévue au deuxième alinéa du présent article.

La personne tierce remplit les obligations relatives aux déclarations et aux versements de la contribution libératoire ou des cotisations et contributions sociales relatifs à ces rémunérations selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. Elle informe l'employeur des sommes ou avantages versés à son salarié.

Le deuxième alinéa du présent article n'est ni applicable ni opposable aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code si la personne tierce et l'employeur ont accompli des actes ayant pour objet d'éviter, en totalité ou en partie, le paiement des cotisations et contributions sociales. Dans ce cas, l'article L. 243-7-2 est applicable à l'employeur en cas de

constat d'opérations litigieuses.

Un décret fixe les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'information de l'employeur par la personne tierce sur les sommes ou avantages versés aux salariés.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les règles selon lesquelles les sommes recouvrées au titre de la contribution libératoire mentionnée au deuxième alinéa sont réparties entre les attributaires des cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa.

Article L242-2

L'assujettissement aux cotisations de sécurité sociale de la garantie de ressources prévue à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles est fixée par les premier et deuxième alinéas de l'article L. 243-5 du même code.

Article L242-3

Pour tout assuré qui travaille régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, la part des cotisations incombant à chacun des employeurs est déterminée au prorata des rémunérations qu'ils ont respectivement versées dans la limite des maxima fixés en application de l'article L. 241-3.

Par dérogation au précédent alinéa, la part de cotisations incombant à chaque employeur peut être déterminée comme si le salarié occupait un emploi à temps partiel dans chacun des établissements employeurs.

En ce qui concerne certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés définies par arrêté ministériel et qui travaillent régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, le montant des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales incombant à chacun des employeurs peut être déterminé compte tenu des conditions d'exercice de la profession considérée d'après les rémunérations qu'ils ont respectivement versées soit dans la limite d'un forfait fixé par lesdits arrêtés, soit en appliquant au taux des cotisations prévues aux articles L. 241-7 à L. 241-9, L. 242-5, L. 242-7, L. 243-1 et L. 243-2 un abattement forfaitaire fixé par lesdits arrêtés.

Article L242-4

Des décrets peuvent, compte tenu du plafond des rémunérations soumises à cotisations, fixer, en ce qui concerne le personnel artistique des entreprises de spectacle, définies par lesdits décrets, des chiffres forfaitaires à prendre en considération pour le calcul des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et déterminés suivant la catégorie professionnelle et l'importance des rémunérations.

Article L242-4-1

N'est pas considérée comme une rémunération au sens de l'article L. 242-1 la fraction de la gratification, en espèces ou en nature, versée aux personnes mentionnées aux a, b et f du 2° de l'article L. 412-8 qui n'excède pas, au titre d'un mois civil, le produit d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond horaire défini en application du premier alinéa de l'article L. 241-3 et du nombre d'heures de stage effectuées au cours du mois considéré.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7.

Article L242-4-2

N'est pas considéré comme une rémunération au sens de l'article L. 242-1 l'avantage mentionné au 31° bis de l'article 81 du code général des impôts.

Article L242-4-3

La rémunération due en contrepartie des droits constitués par un salarié sur son compte épargne-temps, à l'exception de ceux qui correspondent à un abondement en temps ou en argent de l'employeur, est exonérée des cotisations salariales de sécurité sociale et des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales dès lors qu'elle est utilisée à l'initiative de ce salarié pour alimenter un plan d'épargne pour la retraite collectif prévu aux articles L. 3334-1 à L. 3334-9 et L. 3334-11 à L. 3334-16 du code du travail ou pour contribuer au financement de prestations de retraite qui revêtent un caractère collectif et obligatoire déterminé dans le cadre d'une des procédures mentionnées à l'article L. 911-1 du présent code.

Sous-section 2 : Dispositions propres à chaque branche

Paragraphe 4 : Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Article L242-5

Le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est déterminé annuellement pour chaque catégorie de risques par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'après les règles fixées par décret.

Les risques sont classés dans les différentes catégories par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, sauf recours, de la part soit de l'employeur, soit de l'autorité administrative, à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, prévue à l'article L. 143-3, laquelle statue en premier et dernier ressort.

Le classement d'un risque dans une catégorie peut être modifié à toute époque. L'employeur est tenu de déclarer à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail toute circonstance de nature à aggraver les risques.

Le montant de la contribution mentionnée à l'article L. 241-3 couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 est pris en compte dans les éléments de calcul de la cotisation qui peuvent être modulés par secteur d'activité. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa.

Le montant de la contribution mentionnée à l'alinéa précédent est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Un rapport annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale évalue le coût réel des dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 351-1-4 pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Dans des conditions fixées par décret, la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles fixe les éléments de calcul des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles conformément aux conditions générales de l'équilibre financier de la branche déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

La délibération de la commission est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale avant le 31 janvier de chaque année ;

Si la commission n'a pas délibéré à cette date ou n'a pas retenu des éléments de calcul conformes aux dispositions du sixième alinéa, l'autorité compétente de l'Etat les détermine par arrêté.

Si les mesures prises en application du présent article ne permettent pas d'assurer la couverture des charges de gestion, l'équilibre de la branche tel que résultant de la loi de financement de la sécurité sociale doit être maintenu ou rétabli par un prélèvement sur les excédents financiers ou, à défaut, par une modification des éléments de calcul des cotisations.

Article L242-6

Les employeurs communiquent le montant total des salaires par catégorie de risques telles que prévues à l'article L. 242-5.

Article L242-7

La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut accorder des ristournes sur la cotisation ou imposer des cotisations supplémentaires dans les conditions fixées par arrêté interministériel, pour tenir compte selon le cas, soit des mesures de prévention ou de soins prises par l'employeur, soit des risques exceptionnels présentés par l'exploitation, révélés notamment par une infraction constatée en application de l'article L. 611-10 du code du travail ou résultant d'une inobservation

des mesures de prévention prescrites en application des articles L. 422-1 et L. 422-4 du présent code.

La cotisation supplémentaire est due à partir de la date à laquelle ont été constatés les risques exceptionnels ci-dessus mentionnés. Son taux, la durée pendant laquelle elle est due et son montant forfaitaire minimal sont fixés par arrêté.

L'arrêté mentionné au premier alinéa du présent article fixe le pourcentage du montant des cotisations d'accidents du travail et des maladies professionnelles et la part minimale du produit des cotisations supplémentaires qui doivent être affectés à l'attribution des ristournes et des avances prévues à l'article L. 422-5.

La décision de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail est susceptible de recours devant la commission mentionnée à l'article L. 242-5.

En cas de carence de la caisse, l'autorité compétente de l'Etat peut statuer, sauf recours devant ladite commission.

Article L242-7-1

Un décret détermine les modalités selon lesquelles s'effectue le passage des règles applicables pour la tarification des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle aux règles applicables dans ce domaine dans le régime général des salariés.

Section 3 : Cotisations assises sur les rémunérations des salariés à temps partiel.

Article L242-8

Pour le calcul des cotisations de sécurité sociale dues au titre des salariés employés à temps partiel, au sens de l'article L. 212-4-2 du code du travail, et qui sont déterminées compte tenu du plafond prévu à l'article L. 241-3, il est opéré un abattement d'assiette destiné à compenser la différence entre le montant des cotisations dues au titre de chacun de ces salariés et le montant des cotisations qui seraient dues pour une durée de travail identique dans le cas où chacun d'eux travaillerait à temps complet.

Article L242-9

A chaque échéance de versement des cotisations, l'employeur procède à l'abattement d'assiette mentionné à l'article L. 242-8.

L'abattement d'assiette prévu par l'article L. 242-8 ne peut être maintenu au bénéfice des

employeurs, pour ceux de leurs salariés qui auront accompli au-delà de la durée fixée par le contrat de travail définie au premier alinéa de l'article L. 212-4-3 du code du travail, un nombre d'heures complémentaires tel que la durée hebdomadaire effective accomplie par ces salariés est égale à la durée normale du travail dans l'établissement.

Un arrêté interministériel fixe les conditions d'application du présent article.

Article L242-10

Les dispositions des articles L. 242-8 et L. 242-9 ci-dessus ne sont pas applicables :

1°) aux salariés ou assimilés dont l'emploi donne lieu à des taux, assiettes ou montants spécifiques de cotisations, en application du deuxième alinéa de l'article L. 241-2, des articles L. 241-3, L. 241-6 et L. 242-3 ;

2°) aux salariés ou assimilés dont l'emploi régulier et simultané par plusieurs employeurs entraîne, quant au calcul des cotisations, un fractionnement entre lesdits employeurs du plafond fixé pour l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

Elles ne s'appliquent pas non plus aux personnels intérimaires des entreprises de travail temporaire ni aux salariés concernés par des mesures de réduction d'horaire ouvrant droit à une indemnisation au titre du chômage partiel.

Section 5 : Cotisations des employeurs et travailleurs indépendants.

Article L242-11

Les cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants sont calculées conformément aux dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Les dispositions de l'article L. 652-3 sont applicables au recouvrement de ces cotisations par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et à l'article L. 611-3.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, sont dispensés du versement de la cotisation les travailleurs indépendants justifiant d'un revenu d'activité inférieur à un montant déterminé ainsi que ceux ayant atteint un âge déterminé et ayant assumé la charge d'un certain nombre d'enfants jusqu'à un âge déterminé. Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent alinéa.

Section 6 : Dispositions communes.

Article L242-12

Sous réserve des dispositions de l'article L. 242-5, des décrets fixent les différents taux de cotisations ainsi que les exonérations accordées aux titulaires d'avantages de retraite ou des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2, dont les ressources sont insuffisantes.

Article L242-12-1

Lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n'ont pas été transmises, celles-ci sont calculées à titre provisoire par les organismes chargés du recouvrement sur une base majorée déterminée par référence aux dernières données connues ou sur une base forfaitaire.

Dans ce cas, il n'est tenu compte d'aucune exonération dont pourrait bénéficier le cotisant.

Le cotisant reste tenu de fournir les données mentionnées au premier alinéa. Sous réserve qu'il continue d'en remplir les conditions éventuelles, le montant des cotisations finalement dues tient alors compte des exonérations applicables. Le cotisant est, en outre, redevable d'une pénalité calculée sur ce montant et recouvrée sous les mêmes garanties et sanctions que ces cotisations.

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

Section 8 : Dispositions propres aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article L242-13

I.-Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle est financé par :

1° Une cotisation à la charge des assurés mentionnés aux 1° à 3° du II de l'article L. 325-1, assise sur leurs gains ou rémunérations, précomptée par leurs employeurs au bénéfice de ce régime et recouvrée par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général ;

2° Une cotisation à la charge des assurés mentionnés aux 5° à 11° et à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 325-1, assise sur les avantages de vieillesse d'un régime de base, d'un régime complémentaire ou d'un régime à la charge de l'employeur, que ces avantages soient servis au titre d'une législation française ou d'une législation d'un autre Etat, et sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2. Les modalités de prise en compte des avantages de vieillesse acquis au titre de la législation d'un autre Etat pour le calcul de la cotisation prélevée sur les avantages servis par un régime français sont déterminées par décret. La cotisation est précomptée par les organismes débiteurs français au bénéfice du régime local lors de chaque versement de ces avantages ou allocations et versée directement à ce régime.

II.-Le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local détermine les exonérations accordées en cas d'insuffisance de ressources, selon les principes fixés par l'article L. 136-2 et par le premier alinéa de l'article L. 380-2.

Il fixe les taux de cotisation permettant de garantir le respect de l'équilibre financier du régime dans la limite d'une fourchette fixée par décret.L'article L. 131-9 n'est pas applicable à ces cotisations.

Section 9 : Dispositions concernant les actions distribuées aux salariés.

Article L242-14

Les sommes correspondant aux actions distribuées aux salariés conformément à la loi n° 80-834 du 24 octobre 1980 ne sont pas prises en considération pour l'application de la législation de la sécurité sociale.

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

Chapitre 3 : Recouvrement - Sûretés - Prescription - Contrôle

Section 1 : Recouvrement

Sous-section 1 : Recouvrement des cotisations assises sur les rémunérations payées aux travailleurs salariés et assimilés.

Article L243-1

La contribution du salarié est précomptée sur la rémunération ou gain de l'assuré lors de chaque paye.

Le salarié ne peut s'opposer au prélèvement de cette contribution. Le paiement de la rémunération effectué sous déduction de la retenue de la contribution du salarié vaut acquit de cette contribution à l'égard du salarié de la part de l'employeur.

Article L243-1-1

Sans perdre les droits aux prestations correspondantes, la date limite de paiement des cotisations salariales et patronales afférentes aux rémunérations perçues, au cours des douze premiers mois d'activité de l'entreprise, par les personnes visées aux 6°, 11°, 12°, 13°, 23° et 25° de l'article L. 311-3 ne peut, sur demande de l'employeur, être antérieure au treizième mois suivant la date à laquelle ces personnes ont créé ou repris une entreprise. Ces cotisations font, sur demande, l'objet d'un paiement par fractions annuelles sur une période qui ne peut excéder cinq ans. Chaque fraction annuelle ne peut être inférieure à 20 % du montant total des cotisations dues. Le bénéfice de cet étalement n'emporte aucune majoration de retard.

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

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

Article L243-1-2

L'employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France ou, s'il est un particulier, qui n'est pas considéré comme domicilié en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu et souhaite bénéficier de cette faculté, remplit ses obligations relatives aux déclarations et versements des contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles il est tenu au titre de l'emploi de personnel salarié auprès d'un organisme de recouvrement unique, désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Pour remplir ses obligations, l'employeur peut désigner un représentant résidant en France qui est personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues. II. # L'employeur mentionné au I peut bénéficier, s'il est un particulier, des dispositions du 1° de l'article L. 1271-1 et des articles L. 1271-2 à L. 1271-5 du code du travail ainsi que des articles L. 133-8 à L. 133-8-2 du présent code, relatives au chèque emploi-service universel ou, s'il est une entreprise, des dispositions des articles L. 1273-3 à L. 1273-6 du code du travail et de l'article L. 133-5-2 du présent code, relatives au titre emploi-service entreprise. Pour l'application de ces dispositions, l'employeur s'acquitte de ses obligations sociales auprès de l'organisme mentionné au I, qui se substitue à l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-8 et à l'organisme habilité mentionné à l'article L. 133-5-2. Les documents établis par l'organisme mentionné au I, notamment le bulletin de salaire ou l'attestation d'emploi à remettre au salarié, sont transmis à l'employeur sous forme électronique.

Lorsque le salarié est employé pour une durée n'excédant pas un plafond fixé par décret et que sa rémunération n'excède pas un montant fixé par ce même décret, les cotisations et contributions sociales dues peuvent être payées par avance auprès de l'organisme mentionné au I et sur une base forfaitaire, en fonction de la durée totale de la période d'emploi ou du séjour en France. Dans ce cas, les articles L. 133-7 et L. 241-10 ne sont pas applicables.

III. # Les déclarations sociales de l'employeur mentionné au I sont transmises à l'organisme de recouvrement par voie électronique dans les conditions prévues à l'article L. 133-5. Les cotisations et contributions sociales dues sont réglées par les moyens de paiement prévus par décret.

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

Sous-section 5 : Dispositions communes - Dispositions diverses.

Article L243-2

Les cotisations dues sur les avantages de retraite et sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2 sont précomptées lors de chaque versement par l'organisme débiteur de ces avantages ou allocations.

Les dispositions des sections 2 à 5 du présent chapitre, du chapitre 4 du Titre IV du présent Livre et des articles L. 133-1 et L. 374-1 du présent code s'appliquent au recouvrement des cotisations mentionnées à l'alinéa ci-dessus, sous réserve d'adaptations fixées par voie réglementaire.

Article L243-3

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

Article L243-3-1

L'article L. 652-3 est applicable au recouvrement des contributions et cotisations sociales dues au titre de l'emploi de personnel salarié ainsi qu'aux majorations et pénalités y afférentes.

Article L243-3-2

Lorsqu'un dirigeant d'une société, d'une personne morale ou de tout autre groupement ayant fait l'objet d'une verbalisation pour travail dissimulé est responsable des manœuvres frauduleuses ou de l'inobservation grave et répétée des obligations sociales qui ont rendu impossible le recouvrement des cotisations, contributions et sanctions pécuniaires dues par la société, la personne morale ou le groupement, ce dirigeant peut être déclaré solidairement responsable du paiement de ces cotisations, contributions et sanctions pécuniaires par le président du tribunal de grande instance.

A cette fin, le directeur de l'organisme créancier assigne le dirigeant devant le président du tribunal de grande instance du lieu du siège social.

Le présent article est applicable à toute personne exerçant en droit ou en fait, directement ou indirectement, la direction effective de la société, de la personne morale ou du groupement.

Les voies de recours qui peuvent être exercées contre la décision du président du tribunal de grande instance ne font pas obstacle à ce que le directeur de l'organisme créancier prenne à l'encontre du dirigeant des mesures conservatoires en vue de préserver le recouvrement de la créance sociale.

Section 2 : Sûretés.

Article L243-4

Le paiement des cotisations et des majorations et pénalités de retard est garanti pendant un an à compter de leur date d'exigibilité, par un privilège sur les biens meubles du débiteur, lequel privilège prend rang concurremment avec celui des gens de service et celui des salariés établis respectivement par l'article 2331 du code civil et les articles L. 625-7 et L. 625-8 du code de commerce.

Le paiement des cotisations et des majorations et pénalités de retard est également garanti, à

compter du 1er janvier 1956, par une hypothèque légale en exécution des prescriptions applicables en matière de publicité foncière.

Article L243-5

Dès lors qu'elles dépassent un montant fixé par décret, les créances privilégiées en application du premier alinéa de l'article L. 243-4, dues par un commerçant, une personne immatriculée au répertoire des métiers, une personne physique exerçant une activité professionnelle indépendante, y compris une profession libérale, ou une personne morale de droit privé, doivent être inscrites à un registre public tenu au greffe du tribunal de commerce ou du tribunal de grande instance dans le délai de neuf mois suivant leur date limite de paiement ou, le cas échéant, la date de notification de l'avertissement ou de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2, lorsque la créance est constatée lors d'un contrôle organisé en application des dispositions de l'article L. 243-7. Le montant mentionné au présent alinéa est fixé en fonction de la catégorie à laquelle appartient le cotisant et de l'effectif de son entreprise.

Toutefois, l'organisme créancier n'est pas tenu d'inscrire ces créances lorsque le débiteur respecte un plan d'apurement échelonné de sa dette. Dès que le plan est dénoncé, l'organisme créancier doit procéder à l'inscription dans un délai de deux mois.

En cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires du redevable ou d'un tiers tenu légalement au paiement de ces sommes, le privilège dont l'inscription n'a pas été régulièrement requise à l'encontre du redevable ne peut plus être exercé pour les créances qui étaient soumises à titre obligatoire à cette inscription.

L'inscription conserve le privilège pendant deux années et six mois à compter du jour où elle est effectuée. Elle ne peut être renouvelée.

Une inscription peut faire l'objet à tout moment d'une radiation totale ou partielle à la diligence des organismes de sécurité sociale ou du redevable sur présentation au greffier d'un certificat délivré par l'organisme créancier ou d'un acte de mainlevée émanant du créancier subrogé. Toutefois, lorsque l'inscription est devenue sans objet, dès lors que le débiteur s'est acquitté de sa dette et sous réserve du règlement, auprès de l'organisme créancier, des frais liés aux formalités d'inscription et de radiation, cet organisme en demande la radiation totale dans un délai d'un mois.

Toutefois, le privilège est conservé au-delà du délai prévu au troisième alinéa sur les biens qui ont fait l'objet d'une saisie avant l'expiration de ce délai.

En cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires, les pénalités, majorations de retard et frais de poursuites dus par le redevable à la date du jugement d'ouverture sont remis, sauf si le passif déclaré résulte en tout ou partie du constat de l'infraction mentionnée à l'article L. 8221-1 du code du travail.

La règle d'antériorité du rang de l'inscription hypothécaire fixée à l'avant-dernier alinéa de l'article 2425 du code civil et à l'article 45-5 de la loi du 1er juin 1924 mettant en vigueur la législation civile française dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle s'applique aux hypothèques mentionnées aux articles L. 243-4 et L. 244-9 du présent code.

Section 3 : Prescription.

Article L243-6

La demande de remboursement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales indûment versées se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle lesdites cotisations ont été acquittées.

Lorsque l'obligation de remboursement desdites cotisations naît d'une décision juridictionnelle qui révèle la non-conformité de la règle de droit dont il a été fait application à une règle de droit supérieure, la demande de remboursement ne peut porter que sur la période postérieure au 1er janvier de la troisième année précédant celle où la décision révélant la non-conformité est intervenue.

En cas de remboursement, les organismes de sécurité sociale et d'allocations familiales sont en droit de demander le reversement des prestations servies à l'assuré ; ladite demande doit être faite dans un délai maximum de deux ans à compter du remboursement desdites cotisations.

Toutefois, lorsque la demande de remboursement des cotisations indûment versées n'a pas été formulée dans le délai de trois ans prévu au premier alinéa ci-dessus, le bénéficiaire des prestations servies ainsi que les droits à l'assurance vieillesse restent acquis à l'assuré, sauf cas de fraude ou de fausse déclaration. Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 effectuent le remboursement des cotisations indues dans un délai de quatre mois à compter de la demande mentionnée au premier alinéa.

Section 3 bis : Droits des cotisants.

Article L243-6-1

Tout cotisant, confronté à des interprétations contradictoires concernant plusieurs de ses établissements dans la même situation au regard de la législation relative aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale, a la possibilité, sans préjudice des autres recours, de solliciter l'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en ce qui concerne l'appréciation portée sur sa situation par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4. Cette possibilité est ouverte également à un cotisant appartenant à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe, au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce, en cas d'interprétations contradictoires concernant toute autre entreprise ou personne morale appartenant à ce même ensemble.

A la suite de l'analyse du litige, l'agence centrale peut demander aux organismes d'adopter une position dans un délai d'un mois. A l'expiration de ce délai, s'ils ne se sont pas conformés à cette instruction, l'agence centrale peut se substituer aux organismes pour prendre les mesures nécessaires.

Article L243-6-2

Lorsqu'un cotisant a appliqué la législation relative aux cotisations et contributions sociales selon l'interprétation admise par une circulaire ou une instruction du ministre chargé de la sécurité sociale, publiées conformément à la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal ou dans les conditions prévues à l'article 5-1 de l'ordonnance n° 2004-164 du 20 février 2004 relative aux modalités et effets de la publication des lois et de certains actes administratifs, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 ne peuvent procéder à aucun redressement de cotisations et contributions sociales, pour la période pendant laquelle le cotisant a appliqué l'interprétation alors en vigueur, en soutenant une interprétation différente de celle admise par l'administration.

Article L243-6-3

Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 doivent se prononcer de manière explicite sur toute demande d'un cotisant ou futur cotisant, présentée en sa qualité d'employeur, ayant pour objet de connaître l'application à sa situation de la législation relative :

- 1° Aux exonérations de cotisations de sécurité sociale ;
- 2° Aux contributions des employeurs mentionnées au chapitre VII du titre III du livre Ier ;
- 3° Aux mesures réglementaires spécifiques relatives aux avantages en nature et aux frais professionnels prises en application de l'article L. 242-1 ;
- 4° Aux exemptions d'assiette mentionnées à l'article L. 242-1 ; 5° Aux cotisations et contributions dues sur les rémunérations mentionnées à l'article L. 242-1-4 ;
- 6° Aux règles de déclaration et de paiement des cotisations prévues au présent chapitre.

La demande du cotisant ne peut être formulée lorsqu'un contrôle prévu à l'article L. 243-7 a été engagé.

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

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

La décision ne s'applique qu'au seul demandeur et est opposable pour l'avenir à l'organisme qui l'a prononcée, tant que la situation de fait exposée dans la demande ou la législation au regard de laquelle la situation du demandeur a été appréciée n'ont pas été modifiées. Si le demandeur appartient à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe, au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce, et que sa demande comporte expressément ces précisions, la décision s'applique à toute autre entreprise ou personne morale appartenant à ce même ensemble.

Un cotisant affilié auprès d'un nouvel organisme peut se prévaloir d'une décision explicite prise par l'organisme dont il relevait précédemment tant que la situation de fait exposée dans sa demande ou la législation au regard de laquelle sa situation a été appréciée n'ont pas été modifiées. Il en est de même si le demandeur appartient à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe, au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce, et que la décision explicite prise par l'organisme dont il relevait précédemment le précise.

Lorsque l'organisme de recouvrement entend modifier pour l'avenir sa décision, il en informe le cotisant. Celui-ci peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Celle-ci transmet à l'organisme de recouvrement sa position quant à l'interprétation à retenir. Celui-ci la notifie au demandeur dans le délai d'un mois.

Un décret définit les conditions dans lesquelles les décisions rendues par les organismes de recouvrement font l'objet d'une publicité.

Article L243-6-4

Dans le cas d'un changement d'organisme de recouvrement lié à un changement d'implantation géographique de l'entreprise ou de l'un de ses établissements, ou à la demande de l'organisme de recouvrement, un cotisant peut se prévaloir, auprès du nouvel organisme, des décisions explicites rendues par le précédent organisme dont il relevait, dès lors qu'il établit que sa situation de fait ou de droit est identique à celle prise en compte par le précédent organisme.

Section 4 : Contrôle.

Article L243-7

Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques y compris les services de l'Etat autres que ceux mentionnés au quatrième alinéa et, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 133-6-5, par les travailleurs indépendants ainsi que par toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général est confié à ces organismes. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes, des cotisations et contributions recouvrées pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage par les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail et des cotisations destinées au financement des régimes mentionnés au titre Ier du livre VII du présent code. Le résultat de ces vérifications est transmis auxdites institutions aux fins de recouvrement.

Pour la mise en œuvre de l'alinéa précédent, des conventions conclues entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, les organismes nationaux qui fédèrent les

institutions relevant du chapitre Ier du titre II du livre IX du présent code, les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail, l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage et les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes prévus au titre Ier du livre VII du présent code qui en font la demande fixent notamment les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général. La Cour des comptes est compétente pour contrôler l'application des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales aux membres du Gouvernement, à leurs collaborateurs [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2011-642 DC du 15 décembre 2011]. Pour l'exercice de cette mission, la Cour des comptes requiert, en tant que de besoin, l'assistance des organismes mentionnés au premier alinéa, et notamment la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement. Le résultat de ces vérifications est transmis à ces mêmes organismes aux fins de recouvrement. Par dérogation aux dispositions du présent alinéa, le contrôle de l'application par la Cour des comptes des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales est assuré par l'organisme de recouvrement dont elle relève.

Article L243-7-1

Les agents chargés du contrôle visés à l'article L. 243-7 peuvent échanger avec les agents investis de pouvoirs analogues dans les Etats étrangers, sous réserve de réciprocité, tous renseignements et tous documents nécessaires à l'appréciation des droits et à l'exécution d'obligations résultant du présent code et des dispositions équivalentes dans l'Etat concerné.

Article L243-7-2

Afin d'en restituer le véritable caractère, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 sont en droit d'écarter, comme ne leur étant pas opposables, les actes constitutifs d'un abus de droit, soit que ces actes aient un caractère fictif, soit que, recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes à l'encontre des objectifs poursuivis par leurs auteurs, ils n'aient pu être inspirés par aucun autre motif que celui d'éluder ou d'atténuer les contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles le cotisant est tenu au titre de la législation sociale ou que le cotisant, s'il n'avait pas passé ces actes, aurait normalement supportées, eu égard à sa situation ou à ses activités réelles.

En cas de désaccord sur les rectifications notifiées sur le fondement du premier alinéa, le litige est soumis, à la demande du cotisant, à l'avis du comité des abus de droit. Les organismes de recouvrement peuvent également, dans les conditions prévues par l'article L. 225-1-1, soumettre le litige à l'avis du comité. Si ces organismes ne se conforment pas à l'avis du comité, ils doivent apporter la preuve du bien-fondé de leur rectification. En cas d'avis du comité favorable aux organismes, la charge de la preuve devant le juge revient au cotisant.

La procédure définie au présent article n'est pas applicable aux actes pour lesquels un cotisant a préalablement fait usage des dispositions des articles L. 243-6-1 et L. 243-6-3 en fournissant aux organismes concernés tous éléments utiles pour apprécier la portée véritable de ces actes et que ces organismes n'ont pas répondu dans les délais requis.

L'abus de droit entraîne l'application d'une pénalité égale à 20 % des cotisations et contributions dues.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment la composition, l'organisation et le fonctionnement du comité des abus de droit.

Article L243-7-3

Si l'employeur appartient à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe, au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce, en cas de constatation d'une infraction de travail dissimulé par procès-verbal établi à son encontre, la société mère ou la société holding de cet ensemble sont tenues subsidiairement et solidairement au paiement des contributions et cotisations sociales ainsi que des majorations et pénalités dues à la suite de ce constat.

Article L243-7-4

Dès lors qu'un procès-verbal de travail illégal a été établi et que la situation et le comportement de l'entreprise ou de ses dirigeants mettent en péril le recouvrement des cotisations dissimulées, l'inspecteur du recouvrement peut dresser un procès-verbal de flagrance sociale comportant l'évaluation du montant des cotisations dissimulées.

Ce procès-verbal est signé par l'inspecteur et par le responsable de l'entreprise. En cas de refus de signer, mention en est faite au procès-verbal.

L'original du procès-verbal est conservé par l'organisme chargé du recouvrement et une copie est notifiée au contrevenant.

Au vu du procès-verbal de travail illégal et du procès-verbal de flagrance sociale, le directeur de l'organisme de recouvrement peut solliciter du juge de l'exécution l'autorisation de pratiquer sur les biens du débiteur l'une ou plusieurs mesures conservatoires mentionnées aux articles 74 à 79 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution.

Article L243-8

L'autorité compétente de l'Etat vérifie la pertinence des objectifs de contrôle poursuivis par les organismes chargés du recouvrement des cotisations, ainsi que les conditions dans lesquelles ces contrôles s'effectuent. Elle donne aux organismes des injonctions en cas de carence, leur demande communication des procès-verbaux dressés à la suite des contrôles et les transmet, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

Article L243-9

Avant d'entrer en fonctions, les agents de l'organisme chargés du contrôle prêtent, devant le tribunal d'instance, serment de ne rien révéler des secrets de fabrication et en général des procédés et résultats d'exploitation dont ils pourraient prendre connaissance dans l'exercice de leur mission. Toute violation de serment est punie des peines fixées par l'article 226-13 du code pénal.

Article L243-11

Les employeurs, qu'ils soient des personnes privées, des personnes publiques autres que l'Etat ou, pour l'application de l'article L. 243-7 du présent code, l'Etat, et les travailleurs indépendants sont tenus de recevoir les agents de contrôle des organismes mentionnés aux articles L. 243-7 et L. 114-10, ainsi que les ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité régulièrement accrédités par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.

Article L243-12

Les agents des organismes de sécurité sociale mentionnés aux articles L. 114-10 et L. 243-7 peuvent, à tout moment, exiger des employeurs soumis à leur contrôle la communication des doubles des bulletins de paie mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 143-3 du code du travail. Ces doubles sont conservés par l'employeur pendant cinq ans.

Article L243-12-1

Le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 243-11, quel que soit leur cadre d'action, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.

Article L243-12-3

Les dispositions du code pénal qui prévoient et répriment les actes de résistance, les outrages et les violences contre les officiers de police judiciaire sont, en outre, applicables à ceux qui se rendent coupables de faits de même nature à l'égard des agents de contrôle visés à l'article L. 243-11.

Article L243-12-4

Il ne peut être procédé une nouvelle fois à un contrôle portant, pour une même période, sur les points de la législation applicable ayant déjà fait l'objet d'une vérification, sauf en cas de réponses incomplètes ou inexactes, de fraude, de travail dissimulé ou sur demande de l'autorité judiciaire.

Section 5 : Encaissement et déclaration des cotisations, contributions et taxes sociales recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1

Article L243-14

I.-Les entreprises ou les établissements d'une même entreprise, redevables de cotisations, contributions et taxes d'un montant supérieur à 100 000 € au titre de l'année civile précédente ou soumis à l'obligation de verser mensuellement leurs cotisations sociales, sont tenus de régler par virement ou, en accord avec leur organisme de recouvrement, par tout autre moyen de paiement dématérialisé, les sommes dont ils sont redevables l'année suivante sur le compte spécial d'encaissement de l'organisme de recouvrement dont ils relèvent.

Lorsque le montant des cotisations, contributions et taxes mentionnées au présent I est supérieur à 7 millions d'euros au titre d'une année civile, le mode de paiement dématérialisé est obligatoirement le virement bancaire.

II.-Les entreprises autorisées à verser pour l'ensemble ou une partie de leurs établissements les cotisations dues à un organisme de recouvrement autre que celui ou ceux dans la circonscription desquels ces établissements se trouvent situés sont soumises à la même obligation.

II bis.-Les entreprises ou les établissements d'une même entreprise mentionnés aux I et II, redevables de cotisations, contributions et taxes pour un montant supérieur à 100 000 € au titre de l'année civile précédente ou soumis à l'obligation de verser mensuellement leurs cotisations sociales, sont tenus d'effectuer leurs déclarations sociales ainsi que d'effectuer la déclaration et le versement mentionnés au III de l'article L. 133-5-4, au titre des sommes dont ils sont redevables l'année suivante, par voie électronique, dans les conditions prévues à l'article L. 133-5.

III.-Le non-respect des obligations prévues aux I et II entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement ou la déclaration a été effectué selon un autre mode de paiement ou de déclaration.

Le non-respect de l'obligation prévue au II bis entraîne l'application d'une majoration correspondant à 0,2 % du montant des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie électronique.

IV.-Les règles et les garanties et sanctions attachées au recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont applicables aux majorations et pénalités prévues au III.

Les modalités d'application du présent article sont, en tant que de besoin, fixées par décret en Conseil d'Etat.

Section 6 : Délivrance d'attestations relatives aux obligations déclaratives et de paiement

Article L243-15

Toute personne vérifie, lors de la conclusion d'un contrat dont l'objet porte sur une obligation d'un montant minimal en vue de l'exécution d'un travail, de la fourniture d'une prestation de services ou de l'accomplissement d'un acte de commerce, et périodiquement jusqu'à la fin de l'exécution du contrat, que son cocontractant est à jour de ses obligations de déclaration et de paiement auprès des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime.

Cette attestation est délivrée dès lors que la personne acquitte les cotisations et contributions dues à leur date d'exigibilité et, le cas échéant, qu'elle a souscrit et respecte un plan d'apurement des

cotisations et contributions restant dues ou conteste leur montant par recours contentieux, à l'exception des recours faisant suite à une verbalisation pour travail dissimulé.

Les modalités de délivrance de cette attestation ainsi que son contenu sont fixés par décret.

Le particulier qui contracte pour son usage personnel, celui de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité, concubin ou de ses ascendants ou descendants n'est pas concerné par les dispositions du présent article.

Chapitre 4 : Contentieux et pénalités.

Article L244-1

L'employeur ou le travailleur indépendant, qui ne s'est pas conformé aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, est poursuivi devant le tribunal de police, soit à la requête du ministère public, éventuellement sur la demande du ministre chargé de la sécurité sociale, soit à la requête de toute partie intéressée et, notamment, de tout organisme de sécurité sociale.

Article L244-2

Toute action ou poursuite effectuée en application de l'article précédent ou des articles L. 244-6 et L. 244-11 est obligatoirement précédée, si elle a lieu à la requête du ministère public, d'un avertissement par lettre recommandée de l'autorité compétente de l'Etat invitant l'employeur ou le travailleur indépendant à régulariser sa situation dans le mois. Si la poursuite n'a pas lieu à la requête du ministère public, ledit avertissement est remplacé par une mise en demeure adressée par lettre recommandée à l'employeur ou au travailleur indépendant.

Article L244-3

L'avertissement ou la mise en demeure ne peut concerner que les cotisations exigibles au cours des trois années civiles qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi. En cas de constatation d'une infraction de travail illégal par procès-verbal établi par un agent verbalisateur, l'avertissement ou la mise en demeure peut concerner les cotisations exigibles au cours des cinq années civiles qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi.

L'avertissement ou la mise en demeure qui concerne le recouvrement des majorations de retard correspondant aux cotisations payées ou aux cotisations exigibles dans le délai fixé au premier alinéa doit être adressé avant l'expiration d'un délai de deux ans à compter du paiement des cotisations qui ont donné lieu à l'application des dites majorations.

Les pénalités de retard appliquées en cas de production tardive ou de défaut de production des

déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales et des déclarations annuelles des données sociales doivent être mises en recouvrement par voie de mise en demeure dans un délai de deux ans à compter de la date de production desdits documents ou, à défaut, à compter selon le cas soit de la notification de l'avertissement, soit de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2.

Article L244-4

Il y a récidive lorsque dans les douze mois antérieurs à la date d'expiration du délai d'un mois imparti par l'avertissement ou la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2, le contrevenant a déjà subi une condamnation pour une contravention identique.

Le tribunal peut, en outre, prononcer pour une durée de six mois à cinq ans :

1°) l'inéligibilité du contrevenant aux chambres de commerce, aux tribunaux de commerce, aux chambres d'agriculture et aux chambres de métiers, au conseil de prud'hommes ;

2°) son incapacité à faire partie des comités et conseils consultatifs constitués auprès du Gouvernement.

Article L244-5

Dans tous les cas prévus aux articles L. 244-1 à L. 244-4, le tribunal peut ordonner que le jugement de condamnation soit publié, intégralement ou par extraits, dans les journaux qu'il désigne, et affiché dans les lieux qu'il indique, le tout aux frais du contrevenant, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 1 % du plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3.

Article L244-6

En cas de récidive dans le délai de trois ans, l'employeur qui a retenu par devers lui indûment la contribution des salariés aux assurances sociales précomptée sur le salaire est puni d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 3 750 euros ou de l'une de ces deux peines seulement.

Article L244-7

En ce qui concerne les infractions mentionnées aux articles L. 244-1 à L. 244-4 et L. 244-6, les délais de prescription de l'action publique commencent à courir à compter de l'expiration du délai d'un mois qui suit, selon le cas, soit l'avertissement, soit la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2.

Article L244-8

Indépendamment des sanctions prévues aux articles L. 244-1 à L. 244-7, les caisses primaires d'assurance maladie [*autorités compétentes*] sont fondées à poursuivre, auprès de l'employeur, dans les conditions fixées aux alinéas suivants, le remboursement des prestations de maladie de longue durée ou d'accident du travail effectivement servies par elles aux salariés ou assimilés de l'entreprise. Cette sanction est encourue lorsque, à la date de l'accident ou de l'arrêt de travail, l'employeur n'avait pas acquitté l'intégralité des cotisations de sécurité sociale dues pour son personnel.

Cette sanction est limitée au remboursement des prestations effectivement servies aux assurés, entre la date de l'accident ou celle de l'arrêt de travail provoqué par l'affection mentionnée à l'article L. 324-1, et la date de l'acquittement des cotisations impayées par l'employeur pour l'ensemble de son personnel, lors de l'accident ou de l'arrêt de travail du salarié ou assimilé.

Ce remboursement ne pourra, d'autre part, être supérieur au montant des cotisations dues pour l'ensemble du personnel à la date de l'accident ou de l'arrêt de travail.

Article L244-9

La contrainte décernée par le directeur d'un organisme de sécurité sociale pour le recouvrement des cotisations et majorations de retard comporte, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, dans les délais et selon des conditions fixés par décret, tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

Article L244-10

Les jugements intervenus en application du présent chapitre sont susceptibles d'appel de la part du ministère public et des parties intéressées.

Article L244-11

L'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard dues par un employeur ou un travailleur indépendant, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, se prescrit par cinq ans à compter de l'expiration du délai imparti par les avertissements ou mises en demeure prévus aux articles L. 244-2 et L. 244-3.

Article L244-12

Tout intermédiaire convaincu d'avoir, moyennant une rémunération quelconque, offert, accepté de prêter ou prêté des services à un employeur en vue de lui permettre de contrevenir à la législation de sécurité sociale, sera puni d'une amende de 3 750 euros et d'un emprisonnement de six mois.

Article L244-13

Sont nulles de plein droit et de nul effet les obligations contractées pour rémunération de leurs services ou avances envers les intermédiaires qui, moyennant émoluments convenus au préalable, offrent ou acceptent de prêter leurs services en vue d'obtenir, au profit de quiconque, le bénéfice d'une remise, même partielle, sur les sommes réclamées par les organismes de sécurité sociale en exécution de dispositions légales ou réglementaires.

Tout intermédiaire convaincu d'avoir offert ses services dans le but spécifié au premier alinéa du présent article sera puni d'une amende de 1 500 euros (1) et, en cas de récidive, d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 3 750 euros (2). Le tribunal peut ordonner, dans tous les cas, que le jugement de condamnation sera publié, intégralement ou par extraits, dans les journaux qu'il désigne et affiché dans les lieux qu'il indique, le tout aux frais du contrevenant sans que le coût total de ces différentes opérations puisse dépasser 15 euros.

(1) Amende applicable depuis le 1er mars 1994 - contravention de 5^o classe.

(2) Amende applicable depuis le 1er mars 1994 - délit.

Article L244-14

Tout agent ou ancien agent d'un organisme de sécurité sociale qui, soit en activité, en position de congé ou de disponibilité, soit après admission à la retraite, soit après démission ou révocation et pendant un délai de cinq ans à compter de la cessation de ses fonctions, intervient, moyennant rémunération, prend ou reçoit une participation par travail, conseils ou capitaux dans une entreprise en vue de faire obtenir par des employeurs ou travailleurs indépendants une remise, totale ou partielle, sur les sommes qui leur sont réclamées par les organismes de sécurité sociale en vertu des dispositions législatives ou réglementaires, sera puni d'un emprisonnement de deux ans et de 4 500 euros d'amende.

Le tribunal peut ordonner, dans tous les cas, que le jugement de condamnation sera publié, intégralement ou par extraits, dans les journaux qu'il désigne et affiché dans les lieux qu'il indique, le tout aux frais du contrevenant sans que le coût total de ces différentes opérations puisse dépasser 15 euros.

Les employeurs ou travailleurs indépendants considérés comme complices seront frappés des mêmes peines.

Chapitre 5 : Ressources autres que les cotisations

Section 1 : Contribution des entreprises de préparation de médicaments.

Article L245-1

Il est institué au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et de la Haute Autorité de santé une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et dernier alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

Article L245-2

I.-La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre :

1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique, qu'elles soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

2° Des remboursements de frais de transport, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;

3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires dès lors qu'une spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique y est mentionnée.

II.-Il est procédé sur l'assiette définie au I :

1° A un abattement forfaitaire égal à 2, 5 million d'euros et à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I.L'abattement forfaitaire est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois ;

2° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique à l'exception de celles qui sont remboursées sur la

base d'un tarif décidé en application de l'article L. 162-16 du présent code, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

3° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique à l'exception de ceux dont le chiffre d'affaires hors taxes excède 30 millions d'euros.

Pour les entreprises appartenant à un groupe, les abattements mentionnés aux 2° et 3° sont reportés, lorsqu'ils sont supérieurs à l'assiette de la contribution, au bénéfice d'une ou plusieurs entreprises appartenant au même groupe selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

III.-Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au titre du dernier exercice clos, entre, d'une part, l'assiette définie au I et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus au II et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :

PART DE L'ASSIETTE correspondant au rapport R entre l'assiette définie aux 1° à 3° du I après déduction, le cas échéant, des abattements et le chiffre d'affaires hors taxes	TAUX de la contribution par tranche(en pourcentage)
R < 6,5 %	(L. n° 2004-810, 13 août 2004, art. 73, II, 2o) (1) 19
6,5 % # R < 12 %	(L. n° 2004-810, 13 août 2004, art. 73, II, 2o) (1) 29
12 % # R < 14 %	(L. n° 2004-810, 13 août 2004, art. 73, II, 2o) (1) 36
R # 14 %	(L. n° 2004-810, 13 août 2004, art. 73, II, 2o) (1) 39
(1) NDLR : Les dispositions de l'article 73 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 s'appliquent pour la première fois à la détermination de la contribution due au plus tard le 1er décembre 2005 (L. n° 2004-810, 13 août 2004, art. 73, III)	

Article L245-3

La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L245-4

Sont exonérées de cette contribution, sous réserve des dispositions prévues aux quatre derniers alinéas, les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, au titre des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché ou faisant l'objet d'un enregistrement en application des dispositions de l'article L. 5121-13 du code de la santé publique et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, est inférieur à 15 millions d'euros.

Parmi les entreprises définies à l'alinéa précédent, ne bénéficient cependant pas de cette exonération :

1° Celles qui sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires hors taxes consolidé, défini dans les conditions prévues au premier alinéa, dépasse 15 millions d'euros ;

2° Celles qui possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires défini dans les conditions prévues au premier alinéa, consolidé avec leur propre chiffre d'affaires visé au premier alinéa, dépasse 15 millions d'euros.

Le montant du chiffre d'affaires mentionné au premier alinéa est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois.

Article L245-5

La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

Article L245-5-1 A

La contribution est versée pour moitié au plus tard le 1er juin de chaque année et, pour le solde, au plus tard le 1er décembre de chaque année.

Section 2 : Contribution à la charge des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1

Article L245-5-1

Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et de la Haute Autorité de santé une contribution des entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution en France de dispositifs médicaux à usage individuel, de tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, de produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 ou de prestations de services et d'adaptation associées inscrits aux titres Ier et III de la liste prévue à l'article L. 165-1.

Article L245-5-2

La contribution est assise sur les charges comptabilisées au titre du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre :

1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes, qu'elles soient ou non salariées des entreprises redevables de la contribution, qui interviennent en France aux fins de présenter, promouvoir ou vendre les produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique, auprès des masseurs-kinésithérapeutes ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à la promotion, la présentation ou la vente des produits et prestations aux titres Ier et III sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

2° Des remboursements de frais de transports, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;

3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, sauf dans la presse médicale bénéficiant d'un numéro de commission paritaire ou d'un agrément défini dans les conditions fixées par décret, dès lors qu'un des dispositifs, tissus, cellules, produits ou prestations y est mentionné.

Il est procédé sur l'assiette définie aux alinéas précédents à un abattement forfaitaire de 50 000 euros. Cet abattement est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois.

Le taux de la contribution est fixé à 15 %.

Article L245-5-3

Sont exonérées de cette contribution, sous réserve des dispositions prévues aux quatre derniers alinéas, les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, au titre des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1, est inférieur à 11 millions d'euros.

Parmi les entreprises définies à l'alinéa précédent, ne bénéficient cependant pas de cette exonération :

1° Celles qui sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires hors taxes consolidé, défini dans les conditions prévues au premier alinéa, dépasse 11 millions d'euros ;

2° Celles qui possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires défini dans les conditions prévues au premier alinéa, consolidé avec leur propre chiffre d'affaires visé au premier alinéa, dépasse 11 millions d'euros.

Le montant du chiffre d'affaires mentionné au premier alinéa est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois.

Article L245-5-4

La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

Article L245-5-5

La contribution est versée pour moitié au plus tard le 1er juin de chaque année et, pour le solde, au plus tard le 1er décembre de chaque année.

La contribution est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L245-5-6

Les modalités d'application de la présente section sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Section 2 bis : Contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie

Article L245-6

Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

La contribution est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du même code, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code et à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros. Le chiffre d'affaires concerné s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises et des ventes ou reventes à destination de l'étranger. Les revendeurs indiquent à l'exploitant de l'autorisation de mise sur le marché les quantités revendues ou destinées à être revendues en dehors du territoire national pour une liste de produits fixée par arrêté et dans des conditions définies par une convention tripartite passée entre l'Etat, un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les entreprises fabriquant ou exploitant des médicaments et un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les grossistes-répartiteurs.

Le taux de la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours des années 2012, 2013 et 2014 est fixé à 1,6 %. La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

La contribution est versée de manière provisionnelle le 15 avril de l'année au titre de laquelle elle est due, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini au deuxième alinéa et réalisé au cours de l'année civile précédente par le taux défini au troisième alinéa. Une régularisation intervient au 15 avril de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.

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

Section 3 : Cotisation sur les boissons alcooliques.

Article L245-7

Il est institué une cotisation perçue sur les boissons alcooliques en raison des risques que comporte l'usage immodéré de ces produits pour la santé.

Article L245-8

La cotisation est due à raison de l'importation ou la livraison aux consommateurs de boissons d'une teneur en alcool supérieure à 18 % vol.

La cotisation est acquittée par l'importateur ou pour le compte des consommateurs par les entrepositaires agréés, les destinataires enregistrés, les représentants fiscaux des opérateurs établis dans un autre Etat membre de la Communauté européenne, respectivement mentionnés aux articles 302 G, 302 H ter et 302 V bis du code général des impôts et les personnes qui font la déclaration mentionnée au I de l'article 302 U bis du même code et qui livrent directement ces boissons aux détaillants ou aux consommateurs. Sont également redevables de la cotisation les personnes mentionnées aux 2°, 2° bis et 4° du 2 du I de l'article 302 D du code général des impôts.

Article L245-9

Le montant de la cotisation est fixé à :

1° 533 € par hectolitre d'alcool pur pour les boissons définies au b du I de l'article 401 du code général des impôts ;

2° 45 € par hectolitre pour les autres boissons.

Ce montant ne peut excéder 40 % du droit d'accise applicable à la boisson concernée.

Le tarif de la cotisation est relevé au 1er janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq . Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. Le tarif est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.

Article L245-10

La cotisation est assise, contrôlée et recouvrée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, assistée, en tant que de besoin, par les services de l'Etat désignés par arrêté, selon les mêmes règles, conditions, garanties et sanctions qu'en matière de contributions indirectes. Les frais relatifs au recouvrement et à la gestion de la cotisation sont fixés par arrêté et s'imputent sur celle-ci.

Article L245-11

La cotisation n'est pas déductible pour l'établissement de l'impôt sur le revenu ou, le cas échéant, de l'impôt sur les sociétés dû par le consommateur.

Article L245-12

Un décret fixe les conditions d'application de la présente section.

Section 4 : Contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés

Article L245-13

Il est institué une contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés prévue par les articles L. 651-1 et suivants. Cette contribution additionnelle est assise, recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que celles applicables à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés. Son taux est de 0,03 %.

Section 5 : Prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement

Article L245-14

Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts sont assujetties à un prélèvement sur les revenus et les sommes visés à l'article L. 136-6. Les dispositions du III de l'article L. 136-6 sont applicables à ce prélèvement.

Article L245-15

Les produits de placement assujettis à la contribution prévue aux I et II de l'article L. 136-7 sont assujettis à un prélèvement social.

Les dispositions des III à VI de ce même article sont applicables au prélèvement mentionné à l'alinéa précédent.

Article L245-16

I.-Le taux des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 est fixé à 5,4 %.

II. # Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :

une part correspondant à un taux de 0,3 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1, dont une part correspondant à un taux de 0,2 % à la section mentionnée à l'article L. 135-3-1 ;

une part correspondant à un taux de 1,3 % à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ;

une part correspondant à un taux de 1,2 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

-une part correspondant à un taux de 0,6 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

une part correspondant à un taux de 2 % à la Caisse nationale des allocations familiales.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses.

Titre 5 : Régime financier

Chapitre 1er : Gestion des risques et fonds

Section 2 : Assurance vieillesse et assurance veuvage.

Article L251-6-1

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés affecte au Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6 :

1° Le résultat excédentaire de l'exercice clos de chacun des fonds dont elle a la gestion, à l'exception de celui du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe chaque année la date de ce versement ;

2° Le cas échéant, en cours d'exercice, un montant représentatif d'une fraction de l'excédent prévisionnel de l'exercice tel que présenté par la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du second semestre de ce même exercice ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget détermine les montants à verser ainsi que les dates de versement.

Chapitre 2 : Dotations - Budgets - Etats prévisionnels

Section 1 : Organismes d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles.

Article L252-1

Pour assurer le service des prestations de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, la caisse nationale de l'assurance maladie attribue aux caisses primaires des dotations annuelles, d'une

part, pour les soins de santé, d'autre part, pour les incapacités de travail et le décès, établies en fonction des charges qu'elles ont à couvrir, dans des conditions définies par arrêté interministériel après avis du conseil de la caisse nationale.

La caisse nationale attribue, dans les mêmes conditions, aux caisses primaires les dotations annuelles nécessaires au service de l'assurance "accidents du travail et maladies professionnelles".

Article L252-2

Si les dotations attribuées à une caisse primaire excèdent le montant des charges correspondantes, les excédents constatés à l'issue de chaque exercice sont affectés pour partie à son compte d'action sanitaire et sociale et pour partie au fonds de réserve de la caisse nationale, selon les modalités fixées par arrêté interministériel.

Article L252-3

Si les dotations attribuées à une caisse primaire ne lui permettent pas d'assurer la couverture des charges correspondantes, l'équilibre financier doit être maintenu ou rétabli par un prélèvement sur le fonds de réserve de la caisse nationale, à concurrence des excédents qui y ont été affectés par la caisse primaire intéressée conformément aux dispositions de l'article L. 252-2, ou, à défaut, par une avance ou une subvention que la caisse nationale peut accorder sur demande motivée de la caisse primaire.

Chapitre 3 : Gestion financière.

Article L253-1

Les ressources recouvrées en exécution du présent code ne peuvent être affectées à une institution autre que celle au titre de laquelle elles sont perçues.

L'autorité compétente de l'Etat peut ordonner l'exécution des virements qui ne sont pas effectués par une union de recouvrement dans un délai déterminé.

Chapitre 5 : Trésorerie

Article L255-1

Les intérêts créditeurs et débiteurs résultant de la gestion de trésorerie prévue au premier alinéa de l'article L. 225-1 et à l'article L. 225-1-3 ainsi que les produits résultant de celle prévue au dernier alinéa de l'article L. 225-1 sont affectés aux branches gérées par les caisses nationales et aux régimes, organismes et fonds mentionnés à l'article L. 225-1-3 sur la base du solde comptable quotidien de leur trésorerie constaté par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.

Article L255-2

Les montants encaissés par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale sur leurs comptes spéciaux d'encaissement sont obligatoirement transférés par virement pour l'alimentation du compte unique de disponibilités courantes de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Ces dispositions entrent en vigueur au 1er septembre 2000.

Chapitre 6 : Dispositions communes - Dispositions diverses.

Article L256-3

Les organismes de sécurité sociale sont habilités à purger les hypothèques légales grevant, le cas échéant, les immeubles affectés à la garantie hypothécaire des prêts qu'ils ont consentis.

Article L256-4

Sauf en ce qui concerne les cotisations et majorations de retard, les créances des caisses nées de l'application de la législation de sécurité sociale, notamment dans des cas mentionnés aux articles L. 244-8, L. 374-1, L. 376-1 à L. 376-3, L. 452-2 à L. 452-5, L. 454-1 et L. 811-6, peuvent être réduites en cas de précarité de la situation du débiteur par décision motivée par la caisse.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses.

Titre 6 : Prévention, information et éducation sanitaires, action sanitaire et sociale

Chapitre 2 : Prévention, information et éducation sanitaires, action sanitaire et sociale dans la branche maladie.

Article L262-1

Les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail exercent une action de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ainsi qu'une action sanitaire et sociale destinées en priorité aux populations exposées au risque de précarité dans le cadre de programmes définis par l'autorité compétente de l'Etat, après avis et proposition du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie et compte tenu de la coordination assurée par celle-ci conformément aux dispositions des 3° et 4° de l'article L. 221-1.

Chapitre 3 : Action sociale dans la branche "prestations familiales".

Article L263-1

Les caisses d'allocations familiales exercent une action sanitaire et sociale en faveur de leurs ressortissants et des familles de ceux-ci dans le cadre du programme mentionné au 2° de l'article L. 223-1.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses.

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 1er : Relations avec le régime agricole.

Article L271-1

Les relations d'ordre financier, comptable et administratif entre, d'une part, chacune des trois caisses nationales et l'agence centrale du régime général des salariés, et, d'autre part, chacune des trois caisses centrales de la mutualité sociale agricole, représentant les caisses de mutualité sociale agricole, sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre 2 : Sanctions.

Article L272-1

Sont passibles d'une amende de 3 750 euros et d'un emprisonnement de six mois les membres du conseil ou les administrateurs, directeurs ou agents de tous les organismes de sécurité sociale en cas de fraude ou de fausse déclaration, dans l'encaissement ou dans la gestion, le tout sans préjudice de plus fortes peines, s'il y échet.

Article L272-2

Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant lorsqu'il aura déjà subi une condamnation pour la même infraction et le tribunal pourra ordonner l'insertion du nouveau jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité, le tout aux frais du condamné, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 7,5 euros.

Chapitre 3 : Surveillance des obligations des employeurs et des

bénéficiaires.

Article L273-1

Les autorités compétentes de l'Etat sont chargées de veiller à l'observation des obligations incombant tant aux employeurs qu'aux bénéficiaires en ce qui concerne l'affiliation et le versement des cotisations.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses.

Titre 8 : Contrôle de l'administration - Dispositions d'application du livre 2

Chapitre 1er : Contrôle sur les organismes locaux et régionaux.

Article L281-1

La gestion des organismes du régime général est soumise au contrôle de l'Etat.

Article L281-2

En cas de carence du conseil ou du conseil d'administration ou du directeur d'un organisme du régime général de sécurité sociale, l'organisme national compétent, à l'expiration d'un délai déterminé, peut, au lieu et place du conseil ou du conseil d'administration ou du directeur, ordonner l'exécution d'une dépense ou le recouvrement d'une recette, lorsque la dépense ou la recette a un caractère obligatoire en vertu d'une disposition législative ou réglementaire ou d'une décision de justice. En cas de carence de la caisse nationale, l'autorité compétente de l'Etat ordonne elle-même l'exécution de ladite dépense ou le recouvrement de ladite recette.

L'agent comptable est tenu, sous sa responsabilité, de procéder à l'exécution de la dépense ou au recouvrement de la recette.

Article L281-3

L'autorité compétente de l'Etat peut :

1°) en cas d'irrégularités graves, de mauvaise gestion ou de carence du conseil ou du conseil d'administration d'une caisse d'allocations familiales ou d'une caisse primaire d'assurance maladie, d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou d'une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, suspendre ou dissoudre ce conseil et nommer un administrateur provisoire ;

2°) si les irrégularités ou la mauvaise gestion sont imputables à un ou plusieurs membres du conseil ou du conseil d'administration, révoquer ceux-ci, après avis dudit conseil.

Article L281-4

Les caisses primaires d'assurance maladie, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, les caisses d'allocations familiales et la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle soumettent leurs statuts et leur règlement intérieur à l'approbation de l'autorité compétente de l'Etat.

Toute modification aux statuts ou au règlement intérieur doit être également approuvée, préalablement à son entrée en vigueur, par l'autorité compétente de l'Etat.

Article L281-5

L'autorité compétente de l'Etat arrête, après avis du conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse ou de la Caisse nationale des allocations familiales selon le cas, les modèles de statuts et de règlement intérieur des caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses d'allocations familiales.

Ces documents comportent des dispositions obligatoires pour toutes les caisses de même catégorie et des dispositions facultatives.

Les dispositions obligatoires du règlement intérieur modèle sont applicables dès leur publication.

Article L281-6

Les dispositions des articles L. 281-4 et L. 281-5 ci-dessus sont applicables aux unions et fédérations de caisses d'assurance maladie constituées en application de l'article L. 216-2, aux fédérations de caisses d'allocations familiales constituées en application de l'article L. 216-4 ainsi qu'aux fédérations mentionnées à l'article L. 216-3 du présent code.

Dans ce dernier cas, le conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie et le conseil d'administration de la caisse nationale des allocations familiales sont appelés l'un et l'autre à donner leur avis.

Chapitre 2 : Contrôle sur les organismes nationaux.

Article L282-1

Le règlement intérieur de chaque caisse nationale et de l'agence centrale sont soumis à l'approbation

de l'autorité compétente de l'Etat.

Chapitre 3 : Dispositions d'application.

Article L283-1

Des dispositions réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du livre II et, notamment, celles relatives au contrôle financier. Sauf disposition contraire, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 1 : Généralités

Chapitre 1er : Champ d'application des assurances sociales.

Article L311-1

Les assurances sociales du régime général couvrent les risques ou charges de maladie, d'invalidité, de vieillesse, de décès, de veuvage, de maternité, ainsi que de paternité, dans les conditions fixées par les articles suivants.

Article L311-2

Sont affiliées obligatoirement aux assurances sociales du régime général, quel que soit leur âge et même si elles sont titulaires d'une pension, toutes les personnes quelle que soit leur nationalité, de l'un ou de l'autre sexe, salariées ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat.

Article L311-3

Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :

- 1°) les travailleurs à domicile soumis aux dispositions des articles L. 721-1 et suivants du code du travail ;
- 2°) les voyageurs et représentants de commerce soumis aux dispositions des articles L. 751-1 et suivants du code du travail ;
- 3°) les employés d'hôtels, cafés et restaurants ;

4°) sans préjudice des dispositions du 5°) du présent article réglant la situation des sous-agents d'assurances, les mandataires non assujettis à la contribution économique territoriale mentionnés au 4° de l'article R. 511-2 du code des assurances rémunérés à la commission, qui effectuent d'une façon habituelle et suivie des opérations de présentation d'assurances pour une ou plusieurs entreprises d'assurances telles que définies par l'article L. 310-1 du code des assurances et qui ont tiré de ces opérations plus de la moitié de leurs ressources de l'année précédente ;

5°) les sous-agents d'assurances travaillant d'une façon habituelle et suivie pour un ou plusieurs agents généraux et à qui il est imposé, en plus de la prospection de la clientèle, des tâches sédentaires au siège de l'agence ;

6°) les gérants non-salariés des coopératives et les gérants de dépôts de sociétés à succursales multiples ou d'autres établissements commerciaux ou industriels ;

7°) les conducteurs de voitures publiques dont l'exploitation est assujettie à des tarifs de transport fixés par l'autorité publique, lorsque ces conducteurs ne sont pas propriétaires de leur voiture ;

8°) les porteurs de bagages occupés dans les gares s'ils sont liés, à cet effet, par un contrat avec l'exploitation ou avec un concessionnaire ;

9°) les ouvreuses de théâtres, cinémas, et autres établissements de spectacles, ainsi que les employés qui sont dans les mêmes établissements chargés de la tenue des vestiaires et qui vendent aux spectateurs des objets de nature diverse ;

10°) les personnes assurant habituellement à leur domicile, moyennant rémunération, la garde et l'entretien d'enfants qui leur sont confiés par les parents, une administration ou une oeuvre au contrôle desquels elles sont soumises ;

11°) Les gérants de sociétés à responsabilité limitée et de sociétés d'exercice libéral à responsabilité limitée à condition que lesdits gérants ne possèdent pas ensemble plus de la moitié du capital social, étant entendu que les parts appartenant, en toute propriété ou en usufruit, au conjoint, au partenaire lié par un pacte civil de solidarité et aux enfants mineurs non émancipés d'un gérant sont considérées comme possédées par ce dernier ;

12°) Les présidents du conseil d'administration, les directeurs généraux et les directeurs généraux délégués des sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme ;

13°) les membres des sociétés coopératives ouvrières de production ainsi que les gérants, les directeurs généraux, les présidents du conseil d'administration et les membres du directoire des mêmes coopératives lorsqu'ils perçoivent une rémunération au titre de leurs fonctions et qu'ils n'occupent pas d'emploi salarié dans la même société ;

14°) les délégués à la sécurité des ouvriers des carrières exerçant leurs fonctions dans des entreprises ne relevant pas du régime spécial de la sécurité sociale dans les mines, les obligations de l'employeur étant, en ce qui les concerne, assumées par le ou les exploitants intéressés ;

15°) les artistes du spectacle et les mannequins auxquels sont reconnues applicables les dispositions des articles L. 762-1 et suivants, L. 763-1 et L. 763-2 du code du travail.

Les obligations de l'employeur sont assumées à l'égard des artistes du spectacle et des mannequins mentionnés à l'alinéa précédent, par les entreprises, établissements, services, associations, groupements ou personnes qui font appel à eux, même de façon occasionnelle ;

16°) les journalistes professionnels et assimilés, au sens des articles L. 761-1 et L. 761-2 du code du travail, dont les fournitures d'articles, d'informations, de reportages, de dessins ou de photographies

à une agence de presse ou à une entreprise de presse quotidienne ou périodique, sont réglées à la pige, quelle que soit la nature du lien juridique qui les unit à cette agence ou entreprise ;

17° Les personnes agréées qui accueillent des personnes âgées ou handicapées adultes et qui ont passé avec celles-ci à cet effet un contrat conforme aux dispositions de l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles ;

18°) Les vendeurs-colporteurs de presse et porteurs de presse, visés aux paragraphes I et II de l'article 22 de la loi n° 91-1 du 3 janvier 1991 tendant au développement de l'emploi par la formation dans les entreprises, l'aide à l'insertion sociale et professionnelle et l'aménagement du temps de travail, pour l'application du troisième plan pour l'emploi, non immatriculés au registre du commerce ou au registre des métiers ;

19°) Les avocats salariés, sauf pour les risques gérés par la Caisse nationale des barreaux français visée à l'article L. 723-1 à l'exception des risques invalidité-décès ;

20°) Les vendeurs à domicile visés à l'article L. 135-1 du code de commerce, non immatriculés au registre du commerce ou au registre spécial des agents commerciaux ;

21°) Les personnes qui exercent à titre occasionnel pour le compte de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un de leurs établissements publics administratifs, d'une autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale ou d'un organisme privé chargé de la gestion d'un service public à caractère administratif, une activité dont la rémunération est fixée par des dispositions législatives ou réglementaires ou par décision de justice. Un décret précise les types d'activités et de rémunérations en cause.

Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables, sur leur demande, dans des conditions fixées par décret, aux personnes exerçant une des professions visées à l'article L. 621-3, lorsque les activités occasionnelles visées ci-dessus en sont le prolongement ;

22° Les dirigeants des associations remplissant les conditions prévues au deuxième alinéa du d du 1° du 7 de l'article 261 du code général des impôts ;

23° Les présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées et des sociétés d'exercice libéral par actions simplifiées ;

24° Les administrateurs des groupements mutualistes qui perçoivent une indemnité de fonction et qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale ;

25° Les personnes bénéficiaires d'un appui à la création ou à la reprise d'une activité économique dans les conditions définies par l'article L. 127-1 du code de commerce ;

26° Les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 781-1 du code du travail ;

27° Les fonctionnaires et agents publics autorisés à faire des expertises ou à donner des consultations au titre du décret du 29 octobre 1936 relatif aux cumuls de retraites, de rémunérations et de fonctions, dans le cadre d'activités de recherche et d'innovation, ainsi que ceux qui sont autorisés à apporter leur concours scientifique à une entreprise qui assure la valorisation de leurs travaux au titre de l'article L. 413-8 du code de la recherche. Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables, sur leur demande, aux personnes inscrites auprès des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales en qualité de travailleurs indépendants lorsque l'existence d'un lien de subordination avec le donneur d'ouvrage ne peut être établi ;

28° Les personnes ayant souscrit un service civique dans les conditions prévues au chapitre II du titre Ier bis du livre Ier du code du service national ;

29° Les arbitres et juges, mentionnés à l'article L. 223-1 du code du sport, au titre de leur activité d'arbitre ou de juge ;

30° Les présidents des sociétés coopératives de banque, mentionnées aux articles L. 512-61 à L. 512-67 du code monétaire et financier ;

31° Les salariés au titre des sommes ou avantages mentionnés au premier alinéa de l'article L. 242-1-4.

Article L311-4

Sous réserve des dispositions applicables au régime agricole, les salariés liés par un contrat de travail temporaire relèvent ou, le cas échéant, continuent de relever du régime général de sécurité sociale, même si leur activité est exercée pour le compte d'un utilisateur entrant dans le champ d'application, soit d'une organisation spéciale de sécurité sociale, soit d'un autre régime de sécurité sociale.

Article L311-5

Toute personne percevant l'une des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 ou aux articles L. 1233-65 à L. 1233-69 et L. 1235-16 ou au 8° de l'article L. 1233-68 du code du travail ou l'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 5421-2 du même code conserve la qualité d'assuré et bénéficie du maintien de ses droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elle relevait antérieurement. Elle continue à en bénéficier, en cas de reprise d'une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à prestation fixées à l'article L. 313-1, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat.

A défaut, elle bénéficie, pour elle-même et ses ayants droit, des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général.

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 161-8 du présent code, ont également droit, pour elles-mêmes et leurs ayants droit, aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général :

1°) les personnes qui ont épuisé leurs droits aux revenus de remplacement mentionnés au premier alinéa, tant qu'elles demeurent à la recherche d'un emploi. Cette condition est réputée satisfaite pour les personnes dispensées d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi en application des articles L. 5411-2, L. 5411-6, L. 5411-7 et L. 5411-10 du code du travail.

2°) les personnes percevant l'une des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 du code du travail ;

3°) les bénéficiaires des allocations versées en cas d'absence complète d'activité, par application d'accords professionnels ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux, mentionnés à l'article L. 5422-10 du code du travail.

Les personnes qui, pendant un congé parental ou à l'issue de ce congé, sont involontairement privées d'emploi bénéficient pour elles-mêmes et leurs ayants droit, tant que dure leur

indemnisation, de leurs droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elles relevaient antérieurement au congé parental d'éducation.

Article L311-5-1

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 313-1, les personnes handicapées, ayant fait l'objet d'une décision d'orientation de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, qui n'ont pas droit, à quelque titre que ce soit, aux prestations en nature de l'assurance maladie, ont droit et ouvrent droit, dès leur entrée en centre de préorientation ou de rééducation professionnelle, aux prestations en nature de l'assurance maladie prévues aux 1°, 2°, 3°, 4° de l'article L. 321-1 et de l'assurance maternité prévues à l'article L. 331-2.

Article L311-6

Est affilié au régime général de sécurité sociale le conjoint d'un travailleur non salarié qui participe effectivement à l'entreprise ou à l'activité de son époux, à titre professionnel et habituel, et perçoit un salaire correspondant au salaire normal de sa catégorie professionnelle.

S'il exerce au sein de l'entreprise des activités diverses ou une activité qui n'est pas définie par une convention collective, sa rémunération horaire minimale est égale au salaire minimum de croissance.

Article L311-7

Les travailleurs étrangers et leurs ayants droit bénéficient des prestations d'assurances sociales. A l'exception des prestations d'assurance vieillesse, le bénéfice de ces prestations est subordonné à la justification de leur résidence en France.

Par dérogation au premier alinéa et à toute disposition contraire, le bénéficiaire de l'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants prévue à l'article L. 117-3 du code de l'action sociale et des familles a droit, lors de ses séjours en France, au bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime obligatoire d'assurances maladie et maternité dont il relevait au moment de son départ ou, à défaut, du régime général de sécurité sociale.

Les dispositions du premier alinéa s'appliquent aux étrangers ayant leur résidence à l'étranger et leur lieu de travail permanent en France s'il a été passé à cet effet une convention avec leur pays d'origine.

Article L311-9

Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse qui n'effectuent aucun travail salarié ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 sans limitation

de durée pour tout état de maladie, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 351-9 ; toutefois, en cas d'hospitalisation d'eux-mêmes, de leur conjoint ou de leurs ascendants mentionnés à l'article L. 313-3, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Au décès du pensionné ou du rentier, ces avantages sont maintenus à son conjoint si celui-ci remplit, par ailleurs, les conditions prévues à l'article L. 353-1.

Article L311-10

Les titulaires d'une pension de vieillesse [*retraite*] substituée à une pension d'invalidité bénéficient, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie, sans limitation de durée pour tout état de maladie. Toutefois, en ce qui concerne leur conjoint ou leurs ascendants mentionnés à l'article L. 313-3, la prise en charge des frais d'hospitalisation intervient dans les conditions prévues à l'article L. 311-9.

Article L311-11

Les personnes physiques visées au premier alinéa de l'article L. 120-3 du code du travail ne relèvent du régime général de la sécurité sociale que s'il est établi que leur activité les place dans un lien de subordination juridique permanente à l'égard d'un donneur d'ordre.

Elles peuvent demander aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de leur indiquer si cette activité relève de ce régime.

A défaut de réponse dans le délai de deux mois suivant la date de cette demande ou en cas de réponse négative, les personnes en cause ne peuvent se voir imposer ultérieurement une affiliation au régime général que si les conditions d'exercice de leur activité ont été substantiellement modifiées ou si les informations qu'elles ont fournies étaient erronées.

Chapitre 2 : Affiliation - Immatriculation.

Article L312-2

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités suivant lesquelles est effectuée l'immatriculation aux assurances sociales des travailleurs remplissant les conditions requises pour être affiliés.

Chapitre 3 : Droit aux prestations (maladie, maternité, invalidité, décès).

Article L313-1

I.-Pour avoir droit et ouvrir droit :

1° Aux prestations prévues aux 1°, 2°, 3°, 4° et 6° de l'article L. 321-1 ;

2° Aux prestations prévues au 5° de l'article L. 321-1 pendant une durée déterminée ;

3° Aux prestations des assurances maternité et décès,

l'assuré social doit justifier, au cours d'une période de référence, soit avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal à un montant fixé par référence au salaire minimum de croissance, soit avoir effectué un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé.

II.-Pour bénéficier :

1° Des prestations prévues au 5° de l'article L. 321-1, sans interruption, au-delà de la durée fixée en application du 2° du premier alinéa ;

2° Des indemnités journalières de l'assurance maternité,

l'assuré doit, en outre, justifier d'une durée minimale d'immatriculation.

Article L313-2

Les conditions dans lesquelles certaines périodes d'inactivité peuvent être assimilées à des périodes de travail salarié pour l'ouverture du droit aux prestations sont fixées par le décret prévu à l'article L. 383-1.

Article L313-3

Par membre de la famille, on entend :

1°) le conjoint de l'assuré.

Toutefois, le conjoint de l'assuré obligatoire ne peut prétendre aux prestations prévues aux articles L. 321-1 et L. 322-6 lorsqu'il bénéficie d'un régime obligatoire de sécurité sociale, lorsqu'il exerce, pour le compte de l'assuré ou d'un tiers personnellement, une activité professionnelle ne motivant

pas son affiliation à un tel régime pour le risque maladie, lorsqu'il est inscrit au registre des métiers ou du commerce ou lorsqu'il exerce une profession libérale ;

2°) jusqu'à un âge limite, les enfants non salariés, à la charge de l'assuré ou de son conjoint, que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie, qu'ils soient pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur, ou enfants recueillis ;

3°) jusqu'à des âges limites et dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat :

a) les enfants placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le code du travail ;

b) les enfants qui poursuivent leurs études ;

c) les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié ;

4°) l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au 3ème degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré ; le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Article L313-4

L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité a droit et ouvre droit :

1°) aux prestations en nature de l'assurance maladie, sans limitation de durée pour tout état de maladie ;

2°) aux prestations en nature de l'assurance maternité.

Article L313-5

Les titulaires des pensions d'invalidité mentionnés à l'article L. 342-1, ont et ouvrent droit aux prestations prévues à l'article L. 313-4.

Les titulaires de pensions de vieillesse de veuf ou de veuve ont et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 311-9 et L. 311-10.

Article L313-6

Par dérogation à l'article L313-1 et à toutes dispositions contraires, les périodes d'interruption de travail des assurés liées à un arrêt provoqué par un accident survenu ou une maladie contractée en service en qualité de sapeur-pompier volontaire ne sont pas prises en compte dans les durées de leurs droits aux prestations de l'assurance maladie dont ils peuvent bénéficier au titre des autres accidents ou maladies.

Chapitre 4 : Dispositions relatives aux soins pris en charge par l'assurance maladie

Article L314-1

Lorsqu'elles reçoivent les documents établis pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie, les caisses, avec l'appui des services médicaux de chacun des régimes d'assurance maladie obligatoire, dans le respect du secret professionnel et médical, vérifient :

1° Que l'ensemble des conditions auxquelles est subordonnée la prise en charge est rempli, notamment les exigences prévues aux articles L. 162-4, L. 162-4-1, L. 161-36-2, L. 315-2, L. 322-3 et L. 324-1 ;

2° Que les actes pratiqués ou les traitements prescrits :

a) N'excèdent pas les limites et indications prévues par les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ;

b) Respectent les recommandations de bonne pratique cliniques et les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15 ;

3° Que les dépenses présentées au remboursement, y compris les dépassements d'honoraires, ne méconnaissent pas les engagements conventionnels ou le règlement arbitral, les engagements prévus dans les contrats souscrits en application des articles L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 183-1-1 et les accords prévus à l'article L. 162-12-17.

Les assurés sociaux et les professionnels de santé ayant réalisé les actes ou prestations, ou délivré les produits sont tenus, le cas échéant, de fournir à la caisse ou au service du contrôle médical les éléments nécessaires aux vérifications mentionnées ci-dessus.

Lorsqu'une anomalie est constatée par la caisse ou le service médical, ceux-ci apprécient les responsabilités respectives de l'assuré ou du professionnel de santé dans l'inobservation des règles prévues au présent article. En fonction de cette appréciation et des irrégularités relevées, il est fait application des procédures prévues au présent code, et notamment celles mentionnées aux articles L. 162-1-14, L. 162-1-15 et L. 315-2. Si l'irrégularité est imputable à l'assuré ou à son ayant droit, la caisse peut décider de ne pas procéder à la prise en charge des frais.

Chapitre 5 : Contrôle médical.

Article L315-1

I.-Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ainsi que des prestations prises en charge en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

II.-Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de ces prescriptions sont mis en oeuvre dans des conditions définies par la convention mentionnée à l'article L. 227-1.

Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de quarante-huit heures. Le rapport précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré concerné. Au vu de ce rapport, ce service :

1° Soit demande à la caisse de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation. Le service du contrôle médical se prononce dans un délai fixé par décret ;

2° Soit procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré. Ce nouvel examen est de droit si le rapport a fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré.

III.-Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé mentionnés aux articles L. 162-29 et L. 162-29-1 dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, notamment au regard des règles définies en application des dispositions de l'article L. 162-1-7.

III. bis.-Le service du contrôle médical procède auprès des établissements de santé visés à l'article L. 162-22-6, des pharmaciens et des distributeurs de produits ou prestations, dans le respect des règles déontologiques, aux contrôles nécessaires en matière de délivrance et de facturation de médicaments, produits ou prestations donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie ou à prise en charge par l'Etat en application des articles L. 251-2 ou L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

IV.-Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations

avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L. 162-14-2. La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret.

Par l'ensemble des actions mentionnées au présent article, le service du contrôle médical concourt, dans les conditions prévues aux articles L. 183-1, L. 211-2-1 et au 5° de l'article L. 221-1, à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie.

IV. bis.-Le service du contrôle médical s'assure de l'identité du patient à l'occasion des examens individuels qu'il réalise, en demandant à la personne concernée de présenter sa carte nationale d'identité ou tout autre document officiel comportant sa photographie.

V.-Les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical.

Article L315-2

Les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis au I de l'article L. 315-1 s'imposent à l'organisme de prise en charge.

Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. Cet accord préalable peut être exigé pour les prestations dont :

-la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical ;

-la justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;

-le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie ou de l'Etat en ce qui concerne les prestations servies en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

Il est précisé lors de la prise en charge des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus.

Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Si, indépendamment des dispositions des deuxième à cinquième alinéas, le service du contrôle médical estime qu'une prestation mentionnée à l'article L. 321-1 n'est pas médicalement justifiée, la caisse, après en avoir informé l'assuré ou le bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, en suspend le service. En cas de suspension du service des indemnités mentionnées au 5° de l'article L. 321-1, la caisse en informe l'employeur. Lorsque le praticien-conseil procède à l'examen du patient et qu'à l'issue de celui-ci il estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe directement l'intéressé. Sauf si le praticien-conseil en décide autrement, la suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé. Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L. 141-1.

Sous réserve des dispositions de l'article L. 324-1, tout assuré ou bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical. La caisse suspend le versement des indemnités journalières lorsque l'assuré qui en bénéficie ne respecte pas cette obligation.

Article L315-2-1

Si, au vu des dépenses présentées au remboursement ou de la fréquence des prescriptions d'arrêt de travail, le service du contrôle médical estime nécessaire de procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique, compte tenu de leur importance, des soins dispensés à un assuré ou à un bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles dans les cas autres que ceux mentionnés à l'article L. 324-1, il peut convoquer l'intéressé. Le service du contrôle médical peut établir, le cas échéant conjointement avec un médecin choisi par l'intéressé, des recommandations sur les soins et les traitements appropriés. Ces recommandations sont transmises à l'assuré ou au bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, par le médecin choisi par celui-ci, lorsque ces recommandations sont établies conjointement ou, à défaut, par le service du contrôle médical.

Les modalités d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 1er : Dispositions générales.

Article L321-1

L'assurance maladie comporte :

1°) La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

2°) La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;

3°) La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-1, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;

4°) La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique ;

5°) L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à

indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.

6°) La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

7°) (Abrogé) ;

8°) (Abrogé) ;

9°) La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.

Article L321-2

Sous réserve des dispositions des articles L. 161-8 et L. 311-9, les prestations prévues au 1° de l'article L. 321-1 sont attribuées sans limitation de durée si l'assuré remplit, à la date des soins dont le remboursement est demandé, les conditions fixées à l'article L. 313-1.

En cas d'interruption de travail, l'assuré doit envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai déterminé et, sous les sanctions prévues par décret, une lettre d'avis d'interruption de travail dont le modèle est fixé par arrêté ministériel et qui doit comporter la signature du médecin.

Le directeur de la caisse primaire met en oeuvre le dispositif de sanctions prévu à l'alinéa précédent.

Article L321-3

La caisse doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille, à certaines périodes de la vie, à un examen de santé gratuit.

En cas de carence de la caisse, l'assuré et les membres de sa famille peuvent demander à subir cet examen.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par le décret en Conseil d'Etat qui prévoit toutes mesures utiles pour éviter le double emploi de cet examen de santé avec toute autre visite de médecine préventive organisée en application d'une autre disposition législative ou réglementaire.

Chapitre 2 : Prestations en nature.

Article L322-1

La part garantie par la caisse primaire d'assurance maladie ne peut excéder le montant des frais exposés. Elle est remboursée soit directement à l'assuré ou aux ayants droit mentionnés à la deuxième phrase de l'article L. 161-14-1, soit à l'organisme ayant reçu délégation de l'assuré dès lors que les soins ont été dispensés par un établissement ou un praticien ayant passé convention avec cet organisme, et dans la mesure où cette convention respecte la réglementation conventionnelle de l'assurance maladie.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et limites dans lesquelles l'assuré peut déléguer un tiers pour l'encaissement des prestations qui lui sont dues.

Section 1 : Participation de l'assuré.

Article L322-2

I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'Etat précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré.

L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

II.-L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.

Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.

Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.

Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être versée directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3. III.-En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie : 1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;

2° Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;

3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 321-1 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel.

Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3°.

Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3.

Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés.

Un décret fixe les modalités de mise en oeuvre du présent III.

Article L322-3

La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :

1°) lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;

2°) lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;

3°) lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ; 4°) Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;
- b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- 5°) lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;
- 6°) lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 321-1 ;
- 7°) lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;
- 8°) lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;
- 9°) lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;
- 10°) Lorsque l'assuré ne relève plus du 3° mais se trouve dans une situation clinique déterminée sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et justifiant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi de son état, pour ces actes et examens, dans des conditions et pour une durée définies par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ;
- 11°) Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat ;
- 12°) pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;
- 13°) pour les bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;
- 14°) pour les ayants droit des bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;
- 15°) pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal ;
- 16°) Dans le cadre des programmes mentionnés au 6° de l'article L. 321-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;
- 17°) Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 9° de l'article L. 321-1 ;
- 18°) Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits ;

19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les centres médico-psycho-pédagogiques autorisés dans des conditions fixées par voie réglementaire, après accord préalable de l'organisme qui sert les prestations, dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 322-5 du présent code.

La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.

Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.

Article L322-4

La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 322-2 n'est pas exigée pour ses ayants droit mineurs ainsi que pour les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1.

Il en est de même pour la franchise prévue au III de l'article L. 322-2.

Section 2 : Frais de déplacement de l'assuré - Frais de transport.

Article L322-5

Les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire.

Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement.

Article L322-5-1

L'assuré est dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie dès lors que le transport est réalisé par une entreprise de transports sanitaires conventionnée.

La participation de l'assuré versée aux prestataires de transports sanitaires est calculée sur la base des tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2.

Article L322-5-2

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales nationales les plus représentatives des ambulanciers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des organismes qui servent les prestations d'assurance maladie et des entreprises de transports sanitaires ;

2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les entreprises de transports sanitaires des obligations qui découlent pour elles de l'application de la convention ;

3° Les conditions à remplir par les entreprises de transports sanitaires pour être conventionnées ;

4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;

5° Sans préjudice des compétences du pouvoir réglementaire, les modalités de détermination des sommes dues aux entreprises ;

6° Les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la garde départementale organisée dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 6312-5 du code de la santé publique.

Article L322-5-4

La convention mentionnée à l'article L. 322-5-2, ses annexes et avenants sont approuvés et s'appliquent aux entreprises de transport sanitaire concernées dans les conditions prévues à l'article L. 162-15.

Pour les entreprises non régies par la convention nationale, les tarifs servant de base au remboursement sont fixés par arrêté interministériel.

Article L322-5-5

Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de transport et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'Etat arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.

Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux et que ce dépassement résulte de pratiques de prescription non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L. 321-1, elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, d'une durée de trois ans.

Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;

2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de transports.

En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport, et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article.

Section 3 : Dispositions diverses.

Article L322-6

En ce qui concerne la prothèse dentaire, l'assuré et les membres de sa famille n'ont droit qu'à la prestation d'appareils fonctionnels et thérapeutiques ou nécessaires à l'exercice d'une profession.

Article L322-7

Les prestations en nature visées aux 1°, 2°, 3°, 4°, 6° et 7° de l'article L. 321-1 sont incessibles et insaisissables sauf pour le recouvrement des prestations indûment versées à la suite d'une

manoeuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration de l'assuré.

Les blocages des sommes déposées sur un compte ne peuvent avoir pour effet de faire obstacle à l'insaisissabilité et à l'incessibilité des prestations visées au premier alinéa.

Article L322-8

Les assurés et leurs ayants droit relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées bénéficient de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie mentionnées au présent chapitre.

Chapitre 3 : Prestations en espèces.

Article L323-1

L'indemnité journalière prévue au 4° de l'article L. 321-1 est accordée à l'expiration d'un délai déterminé suivant le point de départ de l'incapacité de travail et est due pour chaque jour ouvrable ou non. Elle peut être servie pendant une période d'une durée maximale, et calculée dans les conditions ci-après :

1°) pour les affections donnant lieu à l'application de la procédure prévue à l'article L. 324-1, la période pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie est calculée de date à date pour chaque affection. Dans le cas d'interruption suivie de reprise de travail, le délai ci-dessus court à nouveau dès l'instant où la reprise du travail a été au moins d'une durée minimale ;

2°) pour les affections non mentionnées à l'article L. 324-1, l'assuré ne peut recevoir, au titre d'une ou plusieurs maladies, pour une période quelconque d'une durée fixée comme il a été dit ci-dessus, un nombre d'indemnités journalières supérieur à un chiffre déterminé.

Article L323-2

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 323-1, l'indemnité journalière due aux personnes ayant atteint un âge déterminé, titulaires d'une pension, rente ou allocation de vieillesse servie par un régime de sécurité sociale ou par le régime des pensions civiles et militaires, ou par tout autre régime législatif ou réglementaire de retraite, dont le montant annuel dépasse un chiffre fixé par décret est réduite d'une somme égale au montant desdites pension, rente et allocation correspondant à la même période ou supprimée si ce montant dépasse celui de l'indemnité journalière. Toutefois, l'indemnité journalière des assurés qui supportent des charges de famille est seulement réduite dans des conditions fixées par décret.

Lorsque la pension ou la rente a été accordée à raison de l'inaptitude au travail de l'intéressé, l'indemnité journalière est supprimée à compter de l'expiration d'un délai déterminé.

Article L323-3

En cas de reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique faisant immédiatement suite à un arrêt de travail indemnisé à temps complet, une indemnité journalière est servie en tout ou partie, dans la limite prévue à l'avant-dernier alinéa du présent article, pendant une durée fixée par la caisse mais ne pouvant excéder une durée déterminée par décret :

1°) soit si la reprise du travail et si le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré ;

2°) soit si l'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé.

Sauf cas exceptionnel que la caisse appréciera, le montant de l'indemnité servie ne peut porter le gain total de l'assuré à un chiffre excédant le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle.

L'exigence d'un arrêt de travail indemnisé à temps complet précédant immédiatement la reprise à temps partiel n'est pas opposable aux assurés atteints d'une affection donnant lieu à l'application de la procédure prévue à l'article L. 324-1, dès lors que l'impossibilité de poursuivre l'activité à temps complet procède de cette affection.

Article L323-3-1

Le versement de l'indemnité journalière ne fait pas obstacle à ce que l'assuré demande, avec l'accord du médecin traitant, à accéder aux actions de formation professionnelle continue prévues à l'article L. 6313-1 du code du travail ou à des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire participe, sous réserve qu'après avis du médecin-conseil la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail. La caisse fait part de son accord à l'assuré et, le cas échéant, à l'employeur, ce dernier en informant le médecin du travail.

Article L323-4

L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain journalier de base. Pour les assurés ayant un nombre d'enfants minimum à charge, au sens de l'article L. 313-3, cette indemnité représente une fraction plus élevée du gain journalier de base, après une durée déterminée.

L'indemnité normale et l'indemnité majorée ne peuvent excéder des limites maximales fixées par rapport au gain mensuel.

Le gain journalier de base est déterminé d'après la ou les dernières payes antérieures à la date de l'interruption du travail.

Le taux et le maximum des indemnités journalières, la date à partir de laquelle l'indemnité est majorée, ainsi que les modalités de détermination du gain journalier de base sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

En cas d'augmentation générale des salaires postérieurement à l'ouverture du bénéfice de l'assurance maladie et lorsque l'interruption de travail se prolonge au-delà d'une durée déterminée, le taux de l'indemnité journalière peut faire l'objet d'une révision dans les mêmes conditions.

Le montant de l'indemnité journalière peut subir un abattement ou une majoration en fonction des résultats financiers du régime sur le plan national dans les conditions déterminées par l'article L. 251-4.

Article L323-4-1

Au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois, le médecin conseil en liaison avec le médecin traitant peut solliciter le médecin du travail, dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix.

Article L323-5

L'indemnité journalière ne peut faire l'objet d'une saisie ou d'une cession que dans les conditions et limites fixées par la législation concernant la saisie des rémunérations.

Article L323-6

Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire :

1° D'observer les prescriptions du praticien ;

2° De se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical prévu à l'article L. 315-2 ;

3° De respecter les heures de sorties autorisées par le praticien selon des règles et des modalités prévues par décret en Conseil d'Etat après avis de la Haute Autorité de santé ;

4° De s'abstenir de toute activité non autorisée.

En cas d'inobservation volontaire de ces obligations, le bénéficiaire restitue à la caisse les indemnités versées correspondantes.

En outre, si l'activité mentionnée au 4° a donné lieu à une rémunération, à des revenus professionnels ou à des gains, il peut être prononcé une sanction financière dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14.

En cas de recours formé contre les décisions de la caisse, les juridictions visées à l'article L. 142-2 contrôlent l'adéquation du montant de la sanction prononcée par la caisse à l'importance de l'infraction commise par l'assuré.

Article L323-7

Lorsqu'une prescription d'arrêt de travail intervient, dans un délai précisé par décret, à la suite d'une décision de suspension des indemnités journalières, la reprise du service de ces dernières est subordonnée à l'avis du service du contrôle médical rendu dans un délai défini par décret.

Chapitre 4 : Qualité et coordination des soins des patients atteints d'une affection de longue durée

Article L324-1

En cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée déterminée, la caisse doit faire procéder périodiquement à un examen spécial du bénéficiaire, conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale en vue de déterminer le traitement que l'intéressé doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption ; la continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire :

1°) de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale, et, en cas de désaccord entre ces deux médecins, par un expert ;

2°) de se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse ;

3°) de s'abstenir de toute activité non autorisée ;

4°) d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Le médecin traitant, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, et le médecin conseil établissent conjointement un protocole de soins qui mentionne les obligations prévues ci-dessus. Ce

protocole périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques, définit en outre, compte tenu des recommandations établies par la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37, les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application des 3° et 4° de l'article L. 322-3. La durée du protocole est fixée compte tenu des recommandations de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37. Ce protocole est signé par le patient ou son représentant légal.

Sauf en cas d'urgence, le patient ou son représentant légal est tenu de communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation.

Le médecin, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, est tenu de certifier, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, qu'il a pris connaissance du protocole et de se conformer aux dispositions réglementant la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré.

Chapitre 5 : Dispositions particulières aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

Article L325-1

I.-Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle assure à ses bénéficiaires des prestations servies en complément de celles du régime général des salariés prévues aux 1°, 2°, 4° et 7° de l'article L. 321-1, pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré en application de l'article L. 322-2 à l'exception de celles mentionnées aux II et III de cet article. Il peut prendre en charge tout ou partie du forfait journalier institué à l'article L. 174-4. Ces prestations sont déterminées par le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local dans des conditions définies par décret.

II.-Le régime local est applicable aux catégories d'assurés sociaux du régime général des salariés mentionnés ci-après :

1° Salariés exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, quel que soit le lieu d'implantation du siège de l'entreprise, et salariés d'un établissement implanté dans ces départements qui exercent une activité itinérante dans d'autres départements ;

2° Maîtres contractuels et agréés des établissements d'enseignement privé sous contrat, agents non titulaires de l'Etat et de ses établissements publics administratifs, agents contractuels de La Poste et de France Télécom, agents non titulaires des collectivités territoriales et des établissements visés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui exercent leur activité dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle ;

3° Salariés du Port autonome de Strasbourg ;

4° Personnes visées aux articles L. 161-1, L. 161-8 et L. 161-9, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont été bénéficiaires du régime local en qualité d'assurés ou d'ayants droit du régime général et qui continuent à en bénéficier

pendant la durée du maintien de droit au régime général ;

5° Titulaires de revenus de remplacement, indemnités et allocations de chômage mentionnés à l'article L. 311-5, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui soit ont bénéficié du régime local en qualité de salariés, soit ont rempli, en qualité de travailleurs frontaliers selon le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, les conditions pour bénéficier du régime local d'assurance maladie au moment de leur inscription aux associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce ;

6° Titulaires d'allocations de préretraite en application d'accords d'entreprise et titulaires d'un revenu de remplacement au titre d'un congé de fin d'activité, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui bénéficiaient du régime local en qualité de salariés au moment de leur mise en préretraite ou en fin d'activité ;

7° Titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de réversion mentionnés aux articles L. 341-1 et L. 342-1, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont, préalablement à leur mise en invalidité, bénéficié du régime local en qualité de salariés ou d'ayants droit, ainsi que les titulaires d'une rente d'accident du travail ou d'une pension de réversion mentionnés aux articles L. 371-1 et L. 371-2, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont, préalablement à la perception de cette rente ou pension d'invalidité, bénéficié du régime local en qualité de salariés ou d'ayants droit ;

8° Titulaires d'un avantage de vieillesse qui résident dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle et qui bénéficient du régime local d'assurance maladie au 1er juillet 1998 ;

9° Titulaires d'un avantage de vieillesse, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont relevé du régime local d'assurance maladie soit pendant les cinq années précédant leur départ en retraite ou leur cessation d'activité, soit pendant dix années durant les quinze précédant ce départ en retraite ou cette cessation d'activité, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse ou au régime défini au 2° de l'article L. 181-1 ;

10° Titulaires d'un avantage de vieillesse ne remplissant pas les conditions fixées à l'alinéa précédent, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont relevé du régime local d'assurance maladie pendant au moins soixante trimestres d'assurance au sens de la législation applicable au régime général d'assurance vieillesse et qui en demandent le bénéfice dans un délai et selon des modalités déterminés par décret, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse ou au régime défini au 2° de l'article L. 181-1 ;

11° Titulaires d'un avantage de vieillesse au titre d'une législation française ou au titre d'une législation française et d'une législation d'un ou plusieurs autres Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont bénéficié, en qualité de travailleur frontalier selon le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 précité, de prestations équivalentes à celles servies par le régime général et le régime local d'assurance maladie soit pendant les cinq années précédant leur départ en retraite ou leur cessation d'activité, soit pendant dix années durant les quinze précédant ce départ en retraite ou cette cessation d'activité, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation à un régime obligatoire d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en tenant compte des périodes d'assurance

au titre des législations des autres Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen.

Les dispositions des 9° et 10° sont applicables dans les mêmes conditions aux retraités anciens salariés du Port autonome de Strasbourg mentionnés au 3°.

Le régime local est également applicable aux ayants droit, tels que définis aux articles L. 161-14 et L. 313-3, des assurés sociaux énumérés ci-dessus.

III.-Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-6, le bénéfice du régime local d'assurance maladie est subordonné aux conditions spécifiques d'ouverture des droits déterminées au II du présent article.

Article L325-2

I.-L'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle est administrée par un conseil d'administration dont les attributions, la composition et les modalités sont déterminées par décret.

Le conseil d'administration de l'instance de gestion établit chaque année, pour l'exercice comptable suivant, un état prévisionnel des dépenses et des recettes du régime local compte tenu des objectifs fixés par la loi de financement de la sécurité sociale et dans les conditions définies par décret. A la clôture de l'exercice, il peut décider d'affecter une somme représentant au maximum 0,5 % des dépenses de prestations constatées durant l'exercice :

1° Soit au financement des actions expérimentales relatives aux filières et réseaux de soins ;

2° Soit au financement des programmes de santé publique élaborés par la conférence régionale de santé en vertu de l'article L. 767 du code de la santé publique.

II.-L'affiliation et l'immatriculation au régime local ainsi que le service de ses prestations sont assurés par les caisses primaires d'assurance maladie en France métropolitaine et par les caisses générales de sécurité sociale dans les départements d'outre-mer.

Article L325-3

L'instance de gestion du régime local exerce une action sanitaire et sociale, destinée en priorité aux populations exposées au risque de précarité, sous réserve de ne pas compromettre son équilibre financier.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 3 : Assurance maternité et congé de paternité

Article L330-1

L'assurance maternité a pour objet :

1° La couverture des frais visés à l'article L. 331-2 ;

2° L'octroi d'indemnités journalières dans les conditions visées aux articles L. 331-3 à L. 331-7 et L. 333-1 à L. 333-3 ;

3° L'octroi des indemnités journalières visées à l'article L. 331-8 pour le compte de la Caisse nationale des allocations familiales et contre remboursement dans les conditions prévues à l'article L. 223-1.

Chapitre 1er : Dispositions propres à l'assurance maternité et au congé de paternité

Section 1 : Dispositions générales.

Article L331-1

Bénéficiaire de l'assurance maternité, l'assuré(e) et les membres de sa famille mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 313-3 ainsi que les ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1. Ces bénéficiaires ne supportent aucune participation aux frais prévus à l'article L. 331-2.

Section 2 : Prestations en nature.

Article L331-2

L'assurance maternité couvre l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, intervenant au cours d'une période définie par décret. Lorsque l'accouchement a lieu avant le début de cette période, l'assurance maternité prend en charge l'ensemble des frais mentionnés ci-dessus à compter de la date d'accouchement et jusqu'à l'expiration de ladite période.

L'assurance maternité couvre également :

1° Les frais d'examens prescrits en application du deuxième alinéa de l'article L. 2122-1 et des articles L. 2122-3 et L. 2132-2 du code de la santé publique ;

2° Les autres frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 3 : Prestations en espèces.

Article L331-3

Pendant une période qui débute six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix semaines après celui-ci, l'assurée reçoit une indemnité journalière de repos à condition de cesser tout travail salarié durant la période d'indemnisation et au moins pendant huit semaines.

Lorsque des naissances multiples sont prévues, cette période commence douze semaines avant la date présumée de l'accouchement, vingt-quatre semaines en cas de naissance de plus de deux enfants et se termine vingt-deux semaines après la date de l'accouchement. En cas de naissance de deux enfants, la période d'indemnisation antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de quatre semaines ; la période d'indemnisation de vingt-deux semaines postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant.

Quand l'accouchement a lieu avant la date présumée, la période d'indemnisation de seize ou de trente-quatre semaines, quarante-six semaines en cas de naissance de plus de deux enfants n'est pas réduite de ce fait.

Quand l'accouchement intervient plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la période pendant laquelle la mère perçoit l'indemnité journalière de repos est augmentée du nombre de jours courant de la date effective de l'accouchement au début de la période de repos mentionnée aux alinéas précédents et à l'article L. 331-4.

Article L331-4

La période d'indemnisation prévue au premier alinéa de l'article L. 331-3 est portée à huit semaines avant la date présumée de l'accouchement et à dix-huit semaines après celui-ci, lorsque l'assurée elle-même ou le ménage assume déjà la charge d'au moins deux enfants dans les conditions prévues aux premier et quatrième alinéas de l'article L. 521-2, ou lorsque l'assurée a déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables. La période d'indemnisation antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de deux semaines ; la période d'indemnisation postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant.

Quand la naissance a lieu avant la date présumée de l'accouchement, la période d'indemnisation de vingt-six semaines n'est pas réduite de ce fait.

Article L331-4-1

Par dérogation aux articles L. 331-3 et L. 331-4, la durée de la période de versement de l'indemnité journalière à laquelle l'assurée a droit avant la date présumée de l'accouchement peut être réduite à sa demande, sur prescription médicale, dans la limite de trois semaines. La durée de la période de versement postérieure à l'accouchement est augmentée d'autant.

Toutefois, en cas de prescription d'un arrêt de travail pendant la période antérieure à la date présumée de l'accouchement dont l'assurée a demandé le report, celui-ci est annulé et l'indemnité journalière de repos est versée à compter du premier jour de l'arrêt de travail jusqu'à la date de l'accouchement. La période initialement reportée est alors réduite d'autant.

Article L331-5

Dans le cas où l'enfant est resté hospitalisé jusqu'à l'expiration de la sixième semaine suivant l'accouchement, l'assurée peut demander le report, à la date de la fin de l'hospitalisation de l'enfant, de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle elle peut encore prétendre en application de l'article L. 331-3 ou L. 331-4.

Toutefois, lorsque l'assurée bénéficie de la période supplémentaire mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 331-3, la possibilité de report prévu à l'alinéa précédent ne peut lui être ouverte qu'à l'issue de ladite période.

L'indemnité journalière de repos peut également être attribuée sur prescription médicale pendant une période supplémentaire n'excédant pas deux semaines, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L331-6

L'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 331-3 est accordée au père pour une durée de dix semaines au plus à compter du jour de la naissance et de vingt-deux semaines au plus en cas de naissances multiples, lorsque la mère est décédée du fait de l'accouchement et sous réserve que le père cesse tout travail salarié durant la période d'indemnisation.

La période d'indemnisation est portée à dix-huit semaines lorsque, du fait de la ou des naissances, le père assume la charge de trois enfants au moins, dans les conditions déterminées à l'article L. 512-3.

Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans les conditions fixées par le premier alinéa de l'article L. 331-5.

Article L331-7

L'indemnité journalière de repos est accordée à la femme assurée à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance, un organisme français autorisé pour l'adoption ou l'Agence française de l'adoption confie un enfant en vue de son adoption. Cette indemnité est également accordée à la personne assurée titulaire de l'agrément mentionné aux articles L. 225-2 à L. 225-7 et L. 225-18 ou L. 225-15 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'elle adopte ou accueille un enfant en vue de son adoption par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer sur le territoire français.

L'indemnité journalière de repos est due, pendant dix semaines au plus ou vingt-deux semaines au plus en cas d'adoptions multiples, à la condition que l'intéressée cesse tout travail salarié durant la période d'indemnisation. Celle-ci débute à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer ou dans les sept jours qui précèdent la date prévue de cette arrivée.

La période d'indemnisation est portée à dix-huit semaines lorsque, du fait de l'adoption, l'assurée ou le ménage assume la charge de trois enfants au moins dans les conditions prévues aux premier et quatrième alinéas de l'article L. 521-2.

Toutefois, lorsque les deux conjoints assurés sociaux travaillent, l'indemnité journalière de repos est accordée, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, à la mère ou au père adoptif ; l'un des conjoints doit alors avoir renoncé à son droit.

La période d'indemnisation prévue au présent article peut faire l'objet d'une répartition entre la mère et le père adoptifs lorsque l'un et l'autre ont vocation à bénéficier de l'indemnité journalière de repos. Dans ce cas, la période d'indemnisation est augmentée de onze jours ou de dix-huit jours en cas d'adoptions multiples et ne peut être fractionnée en plus de deux parties, dont la plus courte est au moins égale à onze jours.

Section 4 : Dispositions relatives à l'indemnisation du congé de paternité

Article L331-8

Après la naissance de son enfant et dans un délai fixé par décret, le père assuré reçoit, pendant une durée maximale de onze jours consécutifs et dans les mêmes conditions d'ouverture de droit, de liquidation et de service, l'indemnité journalière visée à l'article L. 331-3, sous réserve de cesser toute activité salariée ou assimilée.

En cas de naissances multiples, la durée maximale fixée au précédent alinéa est égale à dix-huit jours consécutifs.

L'indemnité journalière n'est pas cumulable avec l'indemnisation des congés maladie et d'accident du travail, ni avec l'indemnisation par l'assurance chômage ou le régime de solidarité.

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

Chapitre 2 : Dispositions communes à l'assurance maternité et à l'assurance maladie.

Article L332-1

L'action de l'assuré et des ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par deux ans, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations ; pour le paiement des prestations de l'assurance maternité, elle se prescrit par deux ans à partir de la date de la première constatation médicale de la grossesse.

L'action des ayants droit de l'assuré pour le paiement du capital prévu à l'article L. 361-1 se prescrit par deux ans à partir du jour du décès.

Cette prescription est également applicable, à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire, à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de fraude ou fausse déclaration.

Article L332-2

En cas de grossesse pathologique ou de suites de couches pathologiques, l'assurance maladie court à partir de la constatation de l'état morbide.

Les dispositions des chapitres 1er et 2 du titre IV du présent livre reçoivent, éventuellement, application.

Article L332-3

Sous réserve des conventions et des règlements internationaux et de l'article L. 766-1, lorsque les soins sont dispensés hors de France aux assurés et à leurs ayants droit, les prestations correspondantes des assurances maladie et maternité ne sont pas servies.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles des dérogations peuvent être apportées au principe posé à l'alinéa précédent dans le cas où l'assuré ou ses ayants droit tombent malades inopinément au cours d'un séjour hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état. Ce décret fixe également les adaptations nécessaires à la prise en charge des soins lorsque ceux-ci sont dispensés dans un Etat membre de l'union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Ce décret peut également prévoir les modalités selon lesquelles le service des prestations en nature est confié à un ou plusieurs organismes agissant pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Chapitre 3 : Allocations versées aux femmes dispensées de travail

Article L333-1

Les salariées dont le contrat de travail est suspendu en application des articles L. 122-25-1-1 et L. 122-25-1-2 du code du travail bénéficient, hors de la période ouvrant droit au congé légal de maternité, d'une allocation journalière selon les conditions de droit fixées à l'article L. 313-1 pour les prestations visées au 2° du I de cet article.

Les dispositions de l'article L. 313-2 sont applicables pour l'appréciation des conditions d'ouverture du droit à l'allocation journalière.

Cette allocation est calculée, liquidée et servie selon les dispositions des articles L. 323-4 et L. 323-5 par la caisse primaire d'assurance maladie dont relève la salariée.

Article L333-2

L'allocation journalière est accordée à compter de la date de suspension du contrat de travail par l'employeur. Elle peut être supprimée ou suspendue à compter de la date à laquelle les conditions d'attribution ne sont plus remplies.

Article L333-3

L'allocation journalière n'est pas cumulable avec :

1° L'indemnisation des congés de maternité, de maladie ou d'accident du travail ;

2° Le complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé prévu par l'article L. 541-1, ou l'élément de la prestation de compensation prévu au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles, lorsque ceux-ci sont accordés en contrepartie d'une cessation d'activité ;

3° L'allocation journalière de présence parentale prévue à l'article L. 544-1 ;

4° Le complément de libre choix d'activité à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant prévu à l'article L. 531-4 ;

5° Le complément de libre choix d'activité à taux partiel de la prestation d'accueil du jeune enfant à l'ouverture du droit de celui-ci.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 4 : Assurance invalidité

Chapitre 1er : Droits propres.

Article L341-1

L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées, sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

Section 1 : Ouverture du droit.

Article L341-2

Pour recevoir une pension d'invalidité, l'assuré social doit justifier à la fois d'une durée minimale d'immatriculation et, au cours d'une période de référence, soit d'un montant minimum de cotisations fixé par référence au salaire minimum de croissance, soit d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé.

Section 2 : Taux d'invalidité.

Article L341-3

L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa

formation professionnelle :

1°) soit après consolidation de la blessure en cas d'accident non régi par la législation sur les accidents du travail ;

2°) soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces prévues au 4° de l'article L. 321-1 ;

3°) soit après stabilisation de son état intervenue avant l'expiration du délai susmentionné ;

4°) soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

Article L341-4

En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

1°) invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

2°) invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;

3°) invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Section 3 : Montant de la pension d'invalidité.

Article L341-5

Le montant minimum de la pension d'invalidité, fixé par décret, ne peut être inférieur au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

Article L341-6

Les salaires servant de base au calcul des pensions et les pensions déjà liquidées sont revalorisés dans les conditions fixées à l'article L. 351-11.

Section 4 : Liquidation et service de la pension d'invalidité - Attributions des caisses primaires d'assurance maladie.

Article L341-7

La pension d'invalidité est attribuée et liquidée par la caisse primaire d'assurance maladie.

Article L341-8

Si la caisse primaire d'assurance maladie n'en a pas pris l'initiative, l'assuré social peut déposer lui-même une demande de pension d'invalidité, qui, pour être recevable, doit être présentée dans un délai déterminé.

Article L341-9

La pension est toujours concédée à titre temporaire.

Elle a effet à compter de l'expiration de l'un des délais mentionnés à l'article L. 341-3 ou à compter de la date de la consolidation de la blessure ou de la stabilisation de l'état.

Section 5 : Suspension, révision, suppression de la pension d'invalidité.

Article L341-11

La pension peut être révisée en raison d'une modification de l'état d'invalidité de l'intéressé.

Article L341-12

Le service de la pension peut être suspendu en tout ou partie en cas de reprise du travail, en raison du salaire ou du gain de l'intéressé, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L341-13

La pension est, sous réserve des dispositions de l'article L. 341-14, supprimée ou suspendue si la capacité de gain devient supérieure à un taux déterminé.

Article L341-14

Un décret en Conseil d'Etat détermine la fraction de la pension qui peut être maintenue à l'intéressé, quel que soit son salaire ou gain, lorsqu'il aura fait l'objet d'un traitement ou suivi des cours en vue de son reclassement ou de sa rééducation professionnelle.

Article L341-14-1

Le service de la pension est suspendu lorsque l'assuré bénéficie des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 351-1-4, L. 634-3-2 ou L. 634-3-3 du présent code, ou des articles L. 732-18-1, L. 732-18-2 ou L. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime.

En cas de suspension de la pension dans ces conditions, ses avantages accessoires sont maintenus, notamment ceux prévus au 13° de l'article L. 322-3 et aux articles L. 355-1 et L. 815-24 du présent code.

Section 6 : Conversion de la pension d'invalidité en pension de vieillesse.

Article L341-15

La pension d'invalidité prend fin à l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1. Elle est remplacée à partir de cet âge par la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail.

La pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ne peut être inférieure au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

Toutefois, lorsqu'ils atteignent l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, les titulaires d'une pension d'invalidité liquidée avant le 31 mai 1983 peuvent prétendre à une pension de vieillesse qui ne peut être inférieure à la pension d'invalidité dont bénéficiait l'invalidé à cet âge.

Article L341-16

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 341-15, lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle, la pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail n'est concédée que si l'assuré en fait expressément la demande.

L'assuré qui exerce une activité professionnelle et qui, à l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, ne demande pas l'attribution de la pension de vieillesse substituée continue de bénéficiaire de sa pension d'invalidité jusqu'à la date pour laquelle il demande le bénéfice de sa pension de retraite et au plus tard jusqu'à l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8.

Dans ce cas, ses droits à l'assurance vieillesse sont ultérieurement liquidés dans les conditions prévues aux articles L. 351-1 et L. 351-8.

Toutefois, la pension de vieillesse qui lui est alors servie ne peut pas être inférieure à celle dont il serait bénéficiaire si la liquidation de ses droits avait été effectuée dans les conditions fixées à l'article L. 341-15.

Chapitre 2 : Droits du conjoint survivant.

Article L342-1

Le conjoint survivant de l'assuré ou du titulaire de droits à pension de vieillesse ou d'invalidité, qui est lui-même atteint d'une invalidité de nature à lui ouvrir droit à pension d'invalidité, bénéficie d'une pension de veuve ou de veuf.

Le conjoint survivant invalide cumule, dans des limites fixées par décret, la pension de veuve ou de veuf avec des avantages personnels de vieillesse, d'invalidité ou d'accident du travail, notamment en application des dispositions des articles L. 434-8 et L. 434-9.

Le conjoint survivant invalide ne peut cumuler une pension de veuve ou de veuf et une pension de réversion prévue au chapitre III du titre V du livre III du présent code, servies au titre de la carrière du même assuré décédé. Celle des deux pensions dont le montant est le plus élevé est alors servie.

Article L342-2

Si la veuve ou le veuf est titulaire d'une rente d'incapacité permanente à la suite d'un accident du travail, il est fait application des dispositions de l'article L. 371-4.

Article L342-3

Le montant annuel de la pension d'invalidité attribuée à la veuve ou au veuf est égal à un pourcentage, fixé par décret, de la pension principale dont bénéficiait ou eût bénéficié le défunt en application du chapitre 1er du présent titre ou des articles L. 351-1 ou L. 351-8.

Article L342-4

La pension de veuve ou de veuf ne peut être inférieure à un montant fixé par décret.

Elle est majorée d'un pourcentage déterminé lorsque le bénéficiaire a eu plusieurs enfants. Ouvrent droit également à cette majoration les enfants élevés par le titulaire de la pension et à sa charge ou à celle de son conjoint.

Un décret en Conseil d'Etat fixe :

1°) le nombre d'enfants du bénéficiaire ouvrant droit à la majoration ;

2°) la durée pendant laquelle, et l'âge jusqu'auquel les enfants à la charge du titulaire de la pension ou de son conjoint doivent avoir été élevés pour ouvrir droit à la majoration.

La majoration est, le cas échéant, calculée sur le montant de la pension porté au minimum ci-dessus défini.

Article L342-5

Les pensions d'invalidité de veuve ou de veuf sont supprimées en cas de remariage.

La personne dont la pension a été supprimée en application des dispositions du premier alinéa du présent article recouvre, en cas de divorce ou de nouveau veuvage, soit un droit à pension d'invalidité de veuve ou de veuf si elle n'a pas atteint un âge fixé par décret, soit un droit à pension de vieillesse de veuve ou de veuf si elle a atteint cet âge.

Article L342-6

Lorsque le titulaire atteint un âge fixé par décret, la pension attribuée au titre de l'invalidité est transformée en pension de vieillesse de veuve ou de veuf d'un montant égal. Les dispositions de l'article L. 353-5 et de l'article L. 353-6 sont applicables.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 1er : Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de retraite

Article L351-1

L'assurance vieillesse garantit une pension de retraite à l'assuré qui en demande la liquidation à partir de l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2.

Le montant de la pension résulte de l'application au salaire annuel de base d'un taux croissant, jusqu'à un maximum dit " taux plein ", en fonction de la durée d'assurance, dans une limite déterminée, tant dans le régime général que dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, ainsi que de celle des périodes reconnues équivalentes, ou en fonction de l'âge auquel est demandée cette liquidation.

Si l'assuré a accompli dans le régime général une durée d'assurance inférieure à la limite prévue au deuxième alinéa, la pension servie par ce régime est d'abord calculée sur la base de cette durée, puis réduite compte tenu de la durée réelle d'assurance.

Les modalités de calcul du salaire de base, des périodes d'assurance ou des périodes équivalentes susceptibles d'être prises en compte et les taux correspondant aux durées d'assurance et à l'âge de liquidation sont définis par décret en Conseil d'Etat. Les indemnités journalières mentionnées au 2° de l'article L. 330-1 sont incluses dans le salaire de base pour l'application du présent article.

Les dispositions des alinéas précédents ne sauraient avoir pour effet de réduire le montant de la pension à un montant inférieur à celui qu'elle aurait atteint si la liquidation en était intervenue avant le 1er avril 1983, compte tenu de l'âge atteint à cette date.

Section 1 : Conditions d'âge.

Article L351-1-1

L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissé, pour les assurés qui ont commencé leur activité avant un âge et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée

totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans le régime général et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent article et, notamment, les conditions dans lesquelles, le cas échéant, une partie des périodes de service national peut être réputée avoir donné lieu au versement de cotisations.

Article L351-1-2

La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 et au-delà de la limite mentionnée au deuxième alinéa du même article donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret.

Toutefois, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte dans la durée d'assurance tous régimes confondus pour apprécier le dépassement de la limite mentionnée au premier alinéa. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa.

Article L351-1-3

La condition d'âge prévue au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissée dans des conditions fixées par décret pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par décret ou qu'ils bénéficiaient de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mentionnée à l'article L. 5213-1 du code du travail, une durée d'assurance dans le régime général et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré.

La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret.

Article L351-1-4

I. # La condition d'âge prévue au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissée, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés qui justifient d'une incapacité permanente au sens de l'article L. 434-2 au moins égale à un taux déterminé par décret, lorsque cette incapacité est reconnue au titre d'une maladie professionnelle mentionnée à l'article L. 461-1 ou au titre d'un accident de travail mentionné à l'article L. 411-1 et ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

II. # La pension de retraite liquidée en application du présent article est calculée au taux plein même si l'assuré ne justifie pas de la durée requise d'assurance ou de périodes équivalentes dans le régime général et un ou plusieurs autres régimes obligatoires.

III. # Les I et II sont également applicables à l'assuré justifiant d'une incapacité permanente d'un taux inférieur à celui mentionné au I, sous réserve :

1° Que le taux d'incapacité permanente de l'assuré soit au moins égal à un taux déterminé par décret ;

2° Que l'assuré ait été exposé, pendant un nombre d'années déterminé par décret, à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4121-3-1 du code du travail ;

3° Qu'il puisse être établi que l'incapacité permanente dont est atteint l'assuré est directement liée à l'exposition à ces facteurs de risques professionnels.

Une commission pluridisciplinaire dont l'avis s'impose à l'organisme débiteur de la pension de retraite est chargée de valider les modes de preuve apportés par l'assuré et d'apprécier l'effectivité du lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels. La composition, le fonctionnement et le ressort territorial de cette commission ainsi que les éléments du dossier au vu desquels elle rend son avis sont fixés par décret.

Section 2 : Périodes d'assurance, périodes équivalentes et périodes assimilées

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article L351-2

Les périodes d'assurance ne peuvent être retenues, pour la détermination du droit à pension ou rente que si elles ont donné lieu au versement d'un minimum de cotisations. En cas de force majeure ou d'impossibilité manifeste pour l'assuré d'apporter la preuve du versement de cotisations, celle-ci peut l'être à l'aide de documents probants ou de présomptions concordantes. Lorsque la possibilité d'effectuer un versement de cotisations est ouverte en application de dispositions réglementaires au-delà du délai d'exigibilité mentionné à l'article L. 244-3 et à défaut de production de documents prouvant l'activité rémunérée, ce versement ne peut avoir pour effet d'augmenter la durée d'assurance de plus de quatre trimestres.

L'assuré qui pendant tout ou partie d'un congé formation n'a reçu aucune rémunération de son employeur est réputé, par dérogation à l'alinéa précédent, avoir subi, au titre de cette période, des retenues égales à celles qu'il a effectivement subies au titre de la période immédiatement antérieure de même durée pendant laquelle il a perçu la rémunération prévue par son contrat de travail.

Article L351-3

Sont prises en considération en vue de l'ouverture du droit à pension, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat :

1°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié des prestations maladie, maternité, invalidité, accident du travail et celles postérieures au 1er juillet 1930 pendant lesquelles les travailleurs salariés ont perçu une rente d'accident du travail prenant effet antérieurement à la date susmentionnée, pour une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par le même décret ;

2°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié de l'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 351-2 du code du travail ou de l'une des allocations mentionnées à l'article L. 1233-68, aux 2° et 4° du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du même code ou d'une allocation versée en cas d'absence complète d'activité, par application d'accords professionnels ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux, mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail ou de l'allocation de congé-solidarité mentionnée à l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer ou de la rémunération prévue au quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3 du code du travail ;

3°) dans les conditions et limites fixées par le décret prévu au présent article, les périodes pendant lesquelles l'assuré s'est trouvé, avant l'âge fixé par le même décret, en état de chômage involontaire non indemnisé ;

4°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a effectué son service national légal ou a été présent sous les drapeaux par suite de mobilisation ou comme volontaire en temps de guerre ;

5°) les périodes postérieures au 1er septembre 1939, pour les assurés qui ont été prisonniers, déportés, réfractaires, réfugiés, sinistrés, requis au titre d'un service de travail obligatoire ou placés, du fait de la guerre, dans des conditions telles que les cotisations versées par eux n'ont pu être constatées ou ne peuvent être justifiées ; des arrêtés ministériels fixent, pour ces années, les justifications à produire par les intéressés ;

6°) sauf dans la mesure où elle s'impute sur la durée de la peine, toute période de détention provisoire accomplie par une personne qui, au moment de son incarcération, relevait de l'assurance obligatoire ;

7° Dans des conditions et limites d'âge, de ressources et de nombre total de trimestres validés à ce titre, fixées par le décret prévu au présent article, et sans condition d'affiliation préalable, les périodes n'ayant pas donné lieu à validation à un autre titre dans un régime de base pendant lesquelles une personne a été inscrite en tant que sportif de haut niveau sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport.

Article L351-4

I.-Une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres est attribuée aux femmes assurées sociales, pour chacun de leurs enfants, au titre de l'incidence sur leur vie professionnelle de la maternité, notamment de la grossesse et de l'accouchement.

II.-Il est institué au bénéfice du père ou de la mère assuré social une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres attribuée pour chaque enfant mineur au titre de son éducation pendant les quatre années suivant sa naissance ou son adoption.

Les parents désignent d'un commun accord le bénéficiaire de la majoration ou, le cas échéant, définissent la répartition entre eux de cet avantage.

Cette option est exprimée auprès de la caisse d'assurance vieillesse compétente dans le délai de six mois à compter du quatrième anniversaire de la naissance de l'enfant ou de son adoption. Lorsqu'aucun des parents n'a la qualité d'assuré à cette date, ce délai court à compter de la date à

laquelle le premier d'entre eux acquiert cette qualité.

En cas de désaccord exprimé par l'un ou l'autre des parents dans le délai mentionné à l'alinéa précédent, la majoration est attribuée par la caisse d'assurance vieillesse compétente à celui des parents qui établit avoir assumé à titre principal l'éducation de l'enfant pendant la période la plus longue. A défaut, la majoration est partagée par moitié entre les deux parents.

Le défaut d'option dans le délai mentionné ci-dessus est réputé, en l'absence de désaccord exprimé, valoir décision conjointe implicite de désignation de la mère.

En cas de décès de l'enfant avant la fin de la quatrième année suivant sa naissance ou son adoption, la majoration reste due dans les conditions prévues au présent II.

La décision, y compris implicite, des parents ou l'attribution de la majoration ne peut être modifiée, sauf en cas de décès de l'un des parents avant la majorité de l'enfant. Dans ce cas, les trimestres sont attribués au parent survivant qui a effectivement élevé l'enfant.

III.-Une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres est attribuée, pour chaque enfant adopté durant sa minorité, à ses parents au titre de l'incidence sur leur vie professionnelle de l'accueil de l'enfant et des démarches préalables à celui-ci.

Les parents désignent d'un commun accord le bénéficiaire de la majoration ou, le cas échéant, définissent la répartition entre eux de cet avantage. Cette option est exprimée auprès de la caisse d'assurance vieillesse compétente dans le délai de six mois à compter du quatrième anniversaire de l'adoption de l'enfant ou, lorsqu'aucun des parents n'a la qualité d'assuré à cette date, à compter de la date à laquelle le premier d'entre eux acquiert cette qualité. En cas de désaccord exprimé par l'un ou l'autre des parents dans ce délai, la majoration est attribuée par la caisse d'assurance vieillesse compétente à celui des parents qui établit avoir assumé à titre principal l'accueil et les démarches mentionnés à l'alinéa précédent ou, à défaut, est partagée par moitié entre les deux parents.

Le défaut d'option dans le délai mentionné à l'alinéa précédent est réputé, en l'absence de désaccord exprimé, valoir décision conjointe implicite de désignation de la mère adoptante.

La décision, y compris implicite, des parents ou l'attribution de la majoration ne peut être modifiée, sauf en cas de décès de l'un des parents avant la majorité de l'enfant. Dans ce cas, les trimestres sont attribués au parent survivant qui a effectivement élevé l'enfant.

IV.-Sont substitués dans les droits des parents pour l'application du II les assurés auxquels l'enfant a été confié par une décision de justice rendue sur le fondement du deuxième alinéa de l'article 373-3 et du 2° de l'article 375-3 du code civil ou l'assuré bénéficiaire d'une délégation totale de l'autorité parentale en vertu du premier alinéa de l'article 377-1 du même code, et qui assument effectivement l'éducation de l'enfant pendant quatre ans à compter de cette décision.

V.-L'assuré ne peut bénéficier de la majoration prévue au II s'il a été privé de l'exercice de l'autorité parentale ou s'est vu retirer l'autorité parentale par une décision de justice au cours des quatre premières années de l'enfant.

VI.-L'assuré ne peut bénéficier, au titre de la majoration prévue au II, d'un nombre de trimestres supérieur au nombre d'années durant lesquelles il a résidé avec l'enfant au cours de la période mentionnée au premier alinéa du même II.

VII.-Lors de la liquidation de la pension de retraite, la majoration prévue au II ne peut être attribuée à l'un ou l'autre des parents lorsque chacun d'eux ne justifie pas d'une durée d'assurance minimale de deux ans auprès d'un régime de retraite légalement obligatoire d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la

Confédération suisse. Ces dispositions ne sont pas applicables au parent qui a élevé seul l'enfant pendant tout ou partie de la période mentionnée au premier alinéa du II.

VIII.-Lorsque le délai mentionné au II n'est pas écoulé à la date d'effet de la demande de retraite de l'un des parents, ce délai est réduit à deux mois à compter de la date de cette demande.

IX.-Pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2010, les majorations de durée d'assurance prévues au présent article ne sont pas prises en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1 et L. 634-3-2, du II des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code, de l'article L. 732-18-1 du code rural et de la pêche maritime, de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. Il en est de même des périodes d'assurance validées en application des b et b bis de l'article L. 12 et de l'article L. 12 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de dispositions réglementaires ayant le même objet.

X.-Avant le 1er janvier 2015, le Gouvernement élabore, sur la base notamment des travaux du Conseil d'orientation des retraites et de l'Institut national de la statistique et des études économiques, un rapport faisant apparaître l'impact, par génération, de l'éducation des enfants sur le déroulement de la carrière des assurés sociaux et leurs droits à retraite. Il prépare à partir de ces données un rapport d'orientation qui est rendu public et transmis au Parlement.

Article L351-4-1

Les assurés sociaux élevant un enfant ouvrant droit, en vertu des premier et deuxième alinéas de l'article L. 541-1, à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et à son complément ou, en lieu et place de ce dernier, de la prestation de compensation prévue par l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles bénéficient, sans préjudice, le cas échéant, de l'article L. 351-4, d'une majoration de leur durée d'assurance d'un trimestre par période d'éducation de trente mois dans la limite de huit trimestres.

Article L351-5

L'assuré ayant obtenu un congé parental d'éducation dans les conditions de l'article L. 122-28-1 du code du travail, ou un congé parental dans les conditions prévues par l'article 21 VII de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978, bénéficie d'une majoration de sa durée d'assurance égale à la durée effective du congé parental.

Cette majoration est accordée aux personnes visées à l'article L. 351-4 lorsque son application est plus favorable que celle dudit article.

Article L351-6

Les assurés, ayant dépassé l'âge fixé en application du 1° de l'article L. 351-8 bénéficient d'une majoration de leur durée d'assurance qui est fonction du nombre d'années supplémentaires par rapport à cet âge tant qu'ils n'ont pas accompli dans le régime général et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, une durée totale d'assurance au moins égale à la limite prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1.

Section 3 : Pension pour inaptitude au travail.

Article L351-7

Peut être reconnu inapte au travail, l'assuré qui n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé et qui se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail médicalement constatée, compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle, et dont le taux est fixé par décret en Conseil d'Etat.

Section 4 : Dispositions propres à certaines catégories d'assurés

Article L351-7-1

Les services militaires actifs accomplis en Afrique du Nord au cours des périodes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 253 bis du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ouvrent droit à une réduction de la durée d'assurance, ou de périodes reconnues équivalentes, requise pour bénéficier du taux plein mentionné à l'article L. 351-1, durant un délai, selon des conditions d'âge et de nature des services militaires accomplis fixés par décret en Conseil d'Etat.

Section 5 : Taux et montant de la pension

Article L351-8

Bénéficient du taux plein même s'ils ne justifient pas de la durée requise d'assurance ou de périodes équivalentes dans le régime général et un ou plusieurs autres régimes obligatoires :

1° Les assurés qui atteignent l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 augmenté de cinq années ;

1° bis Les assurés ayant interrompu leur activité professionnelle en raison de leur qualité d'aidant familial telle que définie à l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles qui atteignent l'âge de soixante-cinq ans dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat ;

1° ter Les assurés handicapés qui atteignent l'âge de soixante-cinq ans ;

2°) les assurés reconnus inaptes au travail dans les conditions prévues à l'article L. 351-7 ;

3°) les anciens déportés ou internés titulaires de la carte de déporté ou interné de la Résistance ou de la carte de déporté ou interné politique ;

4°) les mères de famille salariées justifiant d'une durée minimum d'assurance dans le régime général, ou dans ce régime et celui des salariés agricoles qui ont élevé au moins un nombre minimum d'enfants, dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 342-4, et qui ont exercé un travail manuel ouvrier pendant une durée déterminée ;

4° bis) les travailleurs handicapés admis à demander la liquidation de leur pension de retraite avant l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 ;

5°) les anciens prisonniers de guerre lorsque, sur leur demande, leur pension est liquidée à un âge variant suivant la durée de captivité dans des conditions fixées par décret.

Les anciens prisonniers de guerre évadés de guerre, au-delà d'un certain temps de captivité, et les anciens prisonniers rapatriés pour maladie peuvent choisir le régime le plus favorable.

Toute partie de mois n'est pas prise en considération.

Les dispositions du 5°) ci-dessus s'appliquent à tous les anciens combattants pour leur durée de service actif passé sous les drapeaux.

Article L351-9

Lorsque le montant de la pension est inférieur à un minimum, un versement forfaitaire unique est substitué à la pension, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L351-10

La pension de vieillesse au taux plein est assortie, le cas échéant, d'une majoration permettant de porter cette prestation, lors de sa liquidation, à un montant minimum tenant compte de la durée d'assurance accomplie par l'assuré dans le régime général, le cas échéant rapportée à la durée d'assurance accomplie tant dans le régime général que dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, lorsque celle-ci dépasse la limite visée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et fixé par décret. Ce montant minimum est majoré au titre des périodes ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré lorsque la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, accomplie tant dans le régime général que dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, est au moins égale à une limite fixée par décret.

La majoration de pension versée au titre de la retraite anticipée des travailleurs handicapés, la majoration pour enfants, la majoration pour conjoint à charge, prévues au deuxième alinéa de l'article L. 351-1-3, à l'article L. 351-12 et au premier alinéa de l'article L. 351-13 du présent code, et la rente des retraites ouvrières et paysannes prévue à l'article 115 de l'ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 s'ajoutent à ce montant minimum.

La majoration de pension prévue à l'article L. 351-1-2 s'ajoute également à ce montant minimum dans des conditions prévues par décret.

Article L351-10-1

L'assuré ne peut bénéficier des dispositions de l'article L. 351-10 que s'il a fait valoir les droits aux pensions personnelles de retraite auxquels il peut prétendre au titre des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales.

Article L351-11

Les cotisations et salaires servant de base au calcul des pensions sont revalorisés chaque année par application du coefficient annuel de revalorisation mentionné à l'article L. 161-23-1.

Section 6 : Majorations pour enfants - Majorations pour conjoint à charge - Autres majorations.

Article L351-12

La pension prévue aux articles L. 351-1 et L. 351-8 est assortie d'une majoration pour tout assuré de l'un ou l'autre sexe ayant eu un nombre minimum d'enfants.

Ouvrent également droit à cette majoration les enfants élevés dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 342-4.

Cette majoration est incluse dans les avantages personnels de vieillesse dont le cumul avec une pension de réversion est comparé aux limites prévues au dernier alinéa de l'article L. 353-1.

Article L351-13

La pension prévue aux articles L. 351-1 et L. 351-8 est assortie d'une majoration lorsque le conjoint à charge du titulaire atteint l'âge fixé par décret en Conseil d'Etat et n'est pas bénéficiaire d'un avantage au titre d'une législation de sécurité sociale.

Le montant de cette majoration est fixé par décret en tenant compte de la durée d'assurance lorsque celle-ci est inférieure à la durée déterminée par ce décret.

La majoration prévue au premier alinéa est supprimée à compter du 1er janvier 2011. Toutefois, elle est maintenue pour les pensionnés qui en bénéficiaient au 31 décembre 2010, tant qu'ils en remplissent les conditions d'attribution.

Section 8 : Rachat.

Article L351-14

Les personnes appartenant ou ayant appartenu à une catégorie de travailleurs dont l'affiliation, soit au régime général de sécurité sociale des salariés, soit à un régime de sécurité sociale applicable aux salariés dans les départements d'Algérie et du Sahara, a été rendue obligatoire par des dispositions législatives ou réglementaires intervenues postérieurement au 1er juillet 1930, ou leur conjoint survivant, pourront demander la prise en compte, par le régime général de sécurité sociale ci-dessus, pour l'assurance vieillesse, des périodes d'activité accomplies dans la métropole, les départements d'outre-mer, d'Algérie et du Sahara antérieurement à la date à laquelle ces dispositions sont entrées en vigueur au lieu d'exercice de leur activité.

Il en est de même pour les personnes dont les droits à l'assurance vieillesse ont été liquidés, mais seulement pour les périodes d'activité validables antérieures à ladite liquidation.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, notamment :

Les conditions dans lesquelles les demandes doivent être présentées ;

Les modalités de liquidation ou de révision des droits à l'assurance vieillesse des demandeurs ;

Les cotisations sont égales à celles dues en application de l'article L. 351-14-1.

Article L351-14-1

Sont également prises en compte par le régime général de sécurité sociale, pour l'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations fixées dans des conditions définies par décret garantissant la neutralité actuarielle et dans la limite totale de douze trimestres d'assurance :

1° Les périodes d'études accomplies dans les établissements, écoles et classes mentionnés à l'article L. 381-4 et n'ayant pas donné lieu à affiliation à un régime d'assurance vieillesse lorsque le régime général est le premier régime d'affiliation à l'assurance vieillesse après lesdites études ; ces périodes d'études doivent avoir donné lieu à l'obtention d'un diplôme, l'admission dans les grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles étant assimilée à l'obtention d'un diplôme ; les périodes d'études ayant permis l'obtention d'un diplôme équivalent délivré par un Etat membre de l'Union européenne peuvent également être prises en compte ;

2° Les années civiles ayant donné lieu à affiliation à l'assurance vieillesse du régime général à quelque titre que ce soit, au titre desquelles il est retenu, en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1, un nombre de trimestres inférieur à quatre.

Section 10 : Retraite progressive.

Article L351-15

L'assuré qui exerce une activité à temps partiel au sens de l'article L. 3123-1 du code du travail peut demander la liquidation de sa pension de vieillesse et le service d'une fraction de celle-ci à condition :

1° D'avoir atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 ;

2° De justifier d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans un ou plusieurs des régimes d'assurance vieillesse dont relèvent respectivement les salariés du régime général, les salariés agricoles et les personnes non salariées des professions artisanales, industrielles et commerciales, des professions libérales et des professions agricoles fixée à 150 trimestres.

Cette demande entraîne la liquidation provisoire et le service de la même fraction de pension dans chacun des régimes mentionnés au 2°.

La fraction de pension qui est servie varie dans des conditions fixées par voie réglementaire en fonction de la durée du travail à temps partiel ; en cas de modification de son temps de travail, l'assuré peut obtenir la modification de cette fraction de pension au terme d'un délai déterminé.

L'assuré est informé des conditions d'application de l'article L. 241-3-1.

Article L351-16

Le service de la fraction de pension est remplacé par le service de la pension complète, à la demande de l'assuré, lorsque celui-ci cesse totalement son activité. Il est suspendu lorsque l'assuré reprend une activité à temps complet ou exerce une autre activité à temps partiel en plus de celle ouvrant droit au service de la fraction de pension.

Le service d'une fraction d'une pension ne peut pas à nouveau être demandé après la cessation de l'activité à temps partiel lorsque l'assuré a demandé le service de sa pension complète, la reprise d'une activité à temps complet ou l'exercice d'une autre activité à temps partiel en plus de celle ouvrant droit au service de la fraction de pension.

La pension complète est liquidée compte tenu du montant de la pension initiale et de la durée d'assurance accomplie depuis son entrée en jouissance, dans des conditions fixées par décret.

Chapitre 2 : Service des pensions de retraite.

Chapitre 3 : Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de réversion.

Article L353-1

En cas de décès de l'assuré, son conjoint survivant a droit à une pension de réversion à partir d'un âge et dans des conditions déterminés par décret si ses ressources personnelles ou celles du ménage n'excèdent pas des plafonds fixés par décret.

La pension de réversion est égale à un pourcentage fixé par décret de la pension principale ou rente dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré, sans pouvoir être inférieure à un montant minimum fixé par décret en tenant compte de la durée d'assurance lorsque celle-ci est inférieure à la durée déterminée par ce décret. Toutefois, ce minimum n'est pas applicable aux pensions de réversion issues d'une pension dont le montant est inférieur au minimum prévu à l'article L. 351-9.

Elle est majorée lorsque le bénéficiaire remplit les conditions fixées à l'article L. 351-12. Cette majoration ne peut être inférieure à un pourcentage du montant minimum de la pension de réversion.

Lorsque son montant majoré des ressources mentionnées au premier alinéa excède les plafonds prévus, la pension de réversion est réduite à due concurrence du dépassement.

Article L353-2

Lorsqu'un assuré, titulaire d'une pension ou d'une rente de vieillesse du régime général de sécurité sociale, a disparu de son domicile et que plus d'un an s'est écoulé sans qu'il ait réclamé les arrérages de cette prestation, son conjoint peut obtenir, à titre provisoire, la liquidation des droits qui lui auraient été reconnus en cas de décès de l'assuré.

Lorsqu'un assuré, non encore titulaire d'une pension ou d'une rente de vieillesse, a disparu de son domicile depuis plus d'un an, son conjoint peut également obtenir, à titre provisoire, la liquidation des droits qui lui auraient été reconnus en cas de décès de l'assuré.

La liquidation provisoire des droits du conjoint devient définitive lorsque le décès est officiellement établi ou lorsque l'absence a été déclarée par jugement passé en force de chose jugée.

Article L353-3

Le conjoint divorcé est assimilé à un conjoint survivant pour l'application de l'article L. 353-1.

Lorsque l'assuré est remarié, la pension de réversion à laquelle il est susceptible d'ouvrir droit à son décès, au titre de l'article L. 353-1, est partagée entre son conjoint survivant et le ou les précédents

conjoints divorcés au prorata de la durée respective de chaque mariage. Ce partage est opéré lors de la liquidation des droits du premier d'entre eux qui en fait la demande.

Lorsque le bénéficiaire remplit les conditions fixées à l'article L. 351-12, sa part de pension est majorée.

Au décès de l'un des bénéficiaires, sa part accroîtra la part de l'autre ou, s'il y a lieu, des autres.

Article L353-4

Toute pension de réversion dont le bénéficiaire a été sollicité auprès du régime général de sécurité sociale peut faire l'objet d'une avance financée sur les fonds d'action sanitaire et sociale, remboursée par les fonds des prestations légales, dans la limite des droits établis dans ce régime.

Article L353-5

Le conjoint survivant qui n'est pas titulaire d'un avantage personnel de vieillesse d'un régime de base obligatoire et qui satisfait à une condition d'âge a droit à une majoration forfaitaire de sa pension de réversion pour chaque enfant dont il a la charge au sens de l'article L. 313-3 et qui n'a pas atteint un âge déterminé.

Cette majoration n'est pas due lorsque le conjoint survivant bénéficie ou est susceptible de bénéficier de prestations pour charge d'enfant du chef du décès de l'assuré dans le régime obligatoire d'assurance vieillesse de base dont celui-ci relevait.

Elle est revalorisée suivant les modalités prévues par l'article L. 351-11.

Le bénéfice de cette majoration est supprimé lorsque l'une des conditions mentionnées au premier alinéa cesse d'être remplie, à l'exception de la condition d'âge exigée du titulaire.

Les dispositions du présent article s'appliquent également aux conjoints mentionnés aux articles L. 353-2 et L. 353-3.

Article L353-6

La pension de réversion est assortie d'une majoration lorsque le conjoint survivant atteint l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 et que la somme de ses avantages personnels de retraite et de réversion servis par les régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que par les régimes des organisations internationales, n'excède pas un plafond fixé par décret. La majoration est égale à un pourcentage fixé par décret de la pension de réversion. Lorsque le total de cette majoration et de ces avantages excède ce plafond,

la majoration est réduite à due concurrence du dépassement.

Le conjoint survivant ne peut bénéficier des dispositions du présent article que s'il a fait valoir les avantages personnels de retraite et de réversion auxquels il peut prétendre auprès des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi qu'auprès des organisations internationales.

Chapitre 5 : Dispositions communes avec l'invalidité.

Article L355-1

Une majoration pour aide constante d'une tierce personne est accordée aux titulaires de pensions d'invalidité qui remplissent les conditions prévues au 3° de l'article L. 341-4, et aux titulaires de pensions de vieillesse substituées à des pensions d'invalidité qui viendraient à remplir ces conditions postérieurement à l'âge auquel s'ouvre le droit à pension de vieillesse et antérieurement à un âge plus élevé.

Peuvent, en outre, obtenir cette majoration les titulaires d'une pension de vieillesse révisée pour inaptitude au travail et les titulaires d'une pension de vieillesse attribuée pour inaptitude au travail en application de l'article L. 351-8, lorsqu'ils remplissent soit au moment de la liquidation de leur droit, soit postérieurement mais avant le plus élevé des âges mentionnés au précédent alinéa, les conditions d'invalidité prévues au 3° de l'article L. 341-4.

Article L355-2

Les pensions et rentes prévues au titre IV et aux chapitres 1 à 4 du titre V du présent livre sont cessibles et saisissables dans les mêmes conditions et limites que les salaires. Toutefois, elles le sont dans la limite de 90 % au profit des établissements hospitaliers et des caisses de sécurité sociale pour le paiement des frais d'hospitalisation.

Le montant de la saisie sur rappel de pensions et rentes s'apprécie en rapportant la quotité saisissable au montant dû par échéance mensuelle ou trimestrielle quelle que soit la période de validité à laquelle se rapporte le rappel.

L'application des dispositions du présent article ne peut avoir pour effet de réduire les arrérages de la pension d'invalidité servie pour un trimestre à un montant inférieur au quart du taux minimum fixé à l'article L. 341-5.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, la saisie peut s'élever à la totalité de la pension ou de la rente, réserve faite d'une somme d'un montant égal au tiers du minimum prévu au premier alinéa de l'article L. 351-10, lorsque cette saisie a pour objet d'exécuter les condamnations à des réparations civiles ou aux frais dus à la victime au titre de l'article 375 du code de procédure pénale et que ces condamnations ont été prononcées à l'encontre d'une personne qui a été jugée coupable de crime ou de complicité de crime contre l'humanité.

Article L355-3

Toute demande de remboursement de trop-perçu en matière de prestations de vieillesse et d'invalidité est prescrite par un délai de deux ans à compter du paiement desdites prestations dans les mains du bénéficiaire, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

En cas d'erreur de l'organisme débiteur de la prestation aucun remboursement de trop-perçu des prestations de retraite ou d'invalidité n'est réclamé à un assujetti de bonne foi lorsque les ressources du bénéficiaire sont inférieures au chiffre limite fixé pour l'attribution, selon le cas, à une personne seule ou à un ménage, de l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

Lorsque les ressources de l'intéressé sont comprises entre ce plafond et le double de ce plafond, le remboursement ne peut pas être effectué d'office par prélèvement sur les prestations. Le cas et la situation de l'assujetti sont alors soumis à la commission de recours amiable qui accordera éventuellement la remise totale ou partielle de la dette et déterminera, le cas échéant, l'échelonnement de ce remboursement.

Chapitre 6 : Assurance veuvage.

Article L356-1

L'assurance veuvage garantit au conjoint survivant de l'assuré qui a été affilié, à titre obligatoire ou volontaire, à l'assurance vieillesse du régime général, au cours d'une période de référence et pendant une durée fixées par décret ou qui bénéficiait, en application de l'article L. 311-5, des prestations en nature de l'assurance maladie du régime général, une allocation de veuvage lorsque, résidant en France, il satisfait à des conditions d'âge fixées par décret. L'allocation de veuvage n'est due que si le total de cette allocation et des ressources personnelles du conjoint survivant n'excède pas un plafond fixé par décret ; lorsque le total de l'allocation et des ressources personnelles du conjoint survivant dépasse ce plafond, l'allocation est réduite à due concurrence.

Un décret détermine les revenus et autres avantages pris en compte pour l'appréciation des ressources du conjoint survivant ainsi que les modalités selon lesquelles les rémunérations tirées d'activités professionnelles ou de stages de formation qui ont commencé au cours de la période de versement de l'allocation peuvent être exclues, en tout ou en partie, du montant des ressources servant au calcul de l'allocation.

Ce décret détermine aussi le délai dans lequel le conjoint survivant demande l'attribution de cette prestation postérieurement à la date du décès de l'assuré.

Le conjoint survivant de nationalité étrangère résidant en France doit justifier de la régularité de son séjour par la production d'un titre ou document figurant sur une liste fixée par décret.

L'allocation de veuvage est également servie, qu'il réside ou non en France, au conjoint survivant de l'assuré qui relevait du régime de l'assurance volontaire vieillesse institué par le chapitre II du titre IV du livre VII, sous réserve qu'il remplisse les conditions d'âge et de ressources mentionnées au premier alinéa.

Bénéficient également de l'allocation de veuvage les conjoints survivants des adultes handicapés qui percevaient à la date de leur décès l'allocation aux adultes handicapés.

Article L356-2

L'allocation de veuvage a un caractère temporaire ; son montant, révisé dans les mêmes conditions que les prestations servies en application des chapitres Ier à IV du titre V du présent livre, est unique.

Toutefois, des modalités particulières sont appliquées aux conjoints survivants ayant atteint, au moment du décès du conjoint, un âge déterminé.

Article L356-3

L'allocation de veuvage n'est pas due ou cesse d'être due lorsque le conjoint survivant :

- 1° Se remarie, conclut un pacte civil de solidarité ou vit en concubinage ;
- 2° Ne satisfait plus aux conditions prévues par l'article L. 356-1.

Article L356-4

L'organisme débiteur de l'allocation de veuvage reçoit, sur sa demande, communication des informations détenues par les administrations financières, les associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce, les organismes de sécurité sociale et les organismes de retraites complémentaires concernant les ressources dont disposent les bénéficiaires de l'allocation de veuvage et les prestations sociales qui leur sont versées. Les personnels assermentés de cet organisme sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées.

Article L356-5

Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret.

Chapitre 7 : Régime applicable dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article L357-1

Les pensions de vieillesse, d'invalidité, de veufs ou de veuves définies par le code local des

assurances sociales du 19 juillet 1911 (assurance des ouvriers) et par la loi du 20 décembre 1911 sur l'assurance des employés, applicables dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle antérieurement au 1er juillet 1946 peuvent être calculées conformément aux articles L. 357-2, L. 357-5 et L. 357-9.

Section 1 : Pension de vieillesse.

Article L357-2

La pension de vieillesse à laquelle ont droit les assurés à un âge déterminé est constituée par une somme de base et par des majorations proportionnelles aux cotisations ou au salaire.

Entre l'âge fixé en application du premier alinéa du présent article et un âge inférieur fixé par décret, la pension de vieillesse est affectée de coefficients de minoration.

Article L357-3

Les dispositions de l'article L. 351-12 et du premier alinéa de l'article L. 351-13 sont applicables aux pensions de vieillesse mentionnées au présent chapitre.

Article L357-4

Les dispositions des articles L. 351-1, L. 351-4-1, L. 351-5, L. 351-6, L. 351-7-1, L. 351-8, L.351-15 et L.351-16 du présent code sont applicables aux assurés ressortissant au code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 et à la loi du 20 décembre 1911 dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Les dispositions de l'article L. 161-22 du présent code, sont applicables aux assurés ressortissant au code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 et à la loi du 20 décembre 1911 dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Les modalités d'application et d'adaptation du présent article sont fixées par décret.

Les dispositions du présent article sont applicables aux pensions prenant effet après le 31 août 2003.

Section 2 : Pension d'invalidité.

Article L357-5

La pension d'invalidité est égale à une fraction de la pension définie à l'article L. 357-2 ; elle est remplacée par cette dernière lorsque le titulaire atteint l'âge fixé en application du même article.

Article L357-7

Le bénéfice des dispositions de l'article L. 355-1 est étendu aux titulaires de pensions d'invalidité liquidées sous le régime applicable antérieurement au 1er juillet 1946 dans la mesure où les intéressés remplissent les conditions prévues au 3° de l'article L. 341-4.

Article L357-8

Les titulaires de pensions d'invalidité du régime local qui ne bénéficient pas des dispositions de l'article L. 357-19 reçoivent une pension annuelle au moins égale [*montant*] au minimum prévu à l'article L. 341-5, sous réserve, pour les titulaires de pensions allouées conformément à la loi du 20 décembre 1911, qu'ils soient atteints d'une incapacité de travail supérieure à un taux appréciée dans les conditions de l'article 1255 du code local des assurances sociales.

Section 3 : Pension de veuve et de veuf

Article L357-9

Les pensions de veuves et de veufs dues au titre du code local des assurances sociales et celles dues au titre de la loi du 20 décembre 1911, sont égales à une fraction de la pension dont le "de cujus" bénéficiait ou eût bénéficié, sous réserve, dans ce dernier cas, de l'accomplissement de la période de stage exigée pour la pension à prendre en considération.

Le pourcentage de pension attribuée dans les conditions définies à l'alinéa ci-dessus est plus élevé pour les bénéficiaires du code local des assurances sociales que pour ceux de la loi du 20 décembre 1911.

Article L357-10

La pension de veuve ou de veuf, prévue à l'article L. 357-9 ne peut être inférieure au montant minimum fixé en application du deuxième alinéa de l'article L. 353-1.

La pension de veuve ou de veuf quelle qu'en soit la date d'entrée en jouissance, est majorée lorsque le titulaire remplit les conditions fixées à l'article L. 351-12. Cette majoration est, le cas échéant, calculée sur le montant de la pension portée au minimum ci-dessus défini.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux veufs ou veuves qui bénéficient d'une pension de veuf ou de veuve attribuée sans justification d'invalidité. Ils ont droit aux avantages susvisés lorsqu'ils atteignent l'âge fixé en application du premier alinéa de l'article L. 357-2, ou un âge moins élevé en cas d'inaptitude au travail.

Article L357-10-1

Le titulaire d'une pension de veuf ou de veuve servie au titre du code local des assurances sociales ou au titre de la loi du 20 décembre 1911, qui satisfait à une condition d'âge, a droit à une majoration forfaitaire de cette pension dans les conditions prévues à l'article L. 353-5.

Article L357-10-2

La pension de veuf ou de veuve servie au titre du code local des assurances sociales ou au titre de la loi du 20 décembre 1911 relative à l'assurance des employés privés est assortie de la majoration prévue à l'article L. 353-6 dans les conditions prévues audit article.

Article L357-11

Les titulaires de pensions de veuves ou de veufs allouées par application du code local des assurances sociales reçoivent une pension égale à une fraction de la pension d'invalidité qui a ou eût été accordée en vertu de l'article L. 357-8 au "de cujus". Il en est de même pour les titulaires de pensions de veufs ou de veuves dues au titre de la loi du 20 décembre 1911 lorsque ceux-ci dépassent l'âge fixé en application du premier alinéa de l'article L. 357-2, ou sont atteints d'une incapacité de travail excédant le taux fixé en application de l'article L. 357-8 et appréciée dans les conditions de l'article 1258 du code local des assurances sociales.

Article L357-12

Les dispositions des articles L. 161-23 et les deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 353-1 du présent code dans leur rédaction en vigueur avant la publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites sont applicables aux pensions de veuve ou de veuf dues au titre du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 et au titre de la loi du 20 décembre 1911 en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Les dispositions de l'article L. 353-3 du présent code sont applicables au conjoint divorcé d'un assuré ressortissant du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 et au titre de la loi du 20 décembre 1911 dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Les modalités d'application et d'adaptation du présent article sont fixées par décret.

Les dispositions du présent article sont applicables aux pensions prenant effet à compter du 1er juillet 2004.

Article L357-13

Dans le cas où le "de cujus" était titulaire d'une pension de vieillesse inférieure à la pension d'invalidité qu'il aurait obtenue s'il avait été invalide au moment où sa pension a pris effet, la pension de veuve ou de veuf est calculée sur la base de ladite pension d'invalidité.

Section 4 : Dispositions communes aux pensions de vieillesse, d'invalidité, de veuve ou de veuf.

Article L357-14

L'état d'inaptitude est apprécié par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle. En cas de contestation sur cet état, le différend est porté devant la commission régionale instituée par l'article L. 143-2 et dont les décisions sont susceptibles d'appel devant la commission nationale mentionnée à l'article L. 143-3.

Article L357-15

Lorsque le titulaire d'une pension résultant de versements personnels est également bénéficiaire d'une pension de veuve ou de veuf, les dispositions de l'article L. 357-3 ne sont applicables qu'à la pension la plus élevée, la deuxième pension reste acquise à l'intéressé en sus de la pension revalorisée, sans faire l'objet elle-même d'une revalorisation.

Article L357-16

Un arrêté ministériel fixe les modalités de calcul des pensions d'invalidité et de vieillesse des assurés ayant été affiliés avant le 1er juillet 1946 successivement, alternativement ou simultanément au régime d'assurance du code local des assurances sociales et au régime de la loi du 20 décembre 1911.

Article L357-17

Un arrêté ministériel détermine les conditions dans lesquelles est autorisé le cumul d'une pension d'un autre régime et d'une pension attribuée conformément au présent livre ou à l'ancienne législation locale, compte tenu des dispositions du présent chapitre, à des assurés soumis antérieurement au 1er juillet 1946 aux régimes d'assurances sociales en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article L357-18

Les arrêtés mentionnés à l'article L. 357-4 fixent les coefficients de revalorisation applicables pour la période postérieure au 31 décembre 1948 aux pensions d'invalidité, et aux pensions de veuves ou veufs.

Article L357-19

Les dispositions des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 341-15 et de l'article L. 351-10 du présent code sont applicables aux pensions dues au titre du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 et au titre de la loi du 20 décembre 1911 en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article L357-20

Pour l'application des dispositions du présent chapitre, il ne peut être opposé aux assurés une déchéance du droit à pension du fait d'une absence de versement de cotisations pendant la période comprise entre le 27 août 1939 et le 1er juin 1946.

Article L357-21

Un décret rendu sur le rapport des ministres intéressés fixe les modalités d'application des articles L. 357-1, L. 357-2, L. 357-3, L. 357-5, L. 357-8 à L. 357-11 et L. 357-19.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 6 : Assurance décès

Chapitre 1er : Dispositions générales.

Article L361-1

Sans préjudice de l'application de l'article L. 313-1, l'assurance décès garantit aux ayants droit de l'assuré le paiement d'un capital égal à un multiple du gain journalier de base tel qu'il est défini à l'article L. 323-4 lorsque l'assuré, moins de trois mois avant son décès, exerçait une activité salariée, percevait l'une des allocations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 311-5, était titulaire d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 341-1 ou d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 371-1, ou lorsqu'il bénéficiait, au moment de son décès, du maintien de ses droits à l'assurance décès au titre de l'article L. 161-8.

Article L361-2

Dans le cas où, entre la date de cessation d'activité et le décès de l'assuré, survient une augmentation générale des salaires, ce capital fait l'objet d'une révision.

Article L361-4

Le versement du capital est effectué par priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'assuré.

Si aucune priorité n'est invoquée dans un délai déterminé, le capital est attribué au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait, au partenaire auquel le défunt était lié par un pacte civil de solidarité ou à défaut aux descendants et, dans le cas où le de cujus ne laisse ni conjoint survivant, ni partenaire d'un pacte civil de solidarité, ni descendants, aux ascendants.

Article L361-5

Le capital est incessible et insaisissable sauf pour le paiement de dettes alimentaires ou le recouvrement du capital indûment versé à la suite d'une manoeuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 1er : Dispositions spéciales aux bénéficiaires de diverses législations de prévoyance et d'aide sociale

Section 1 : Bénéficiaires de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Article L371-1

Le titulaire d'une rente ou d'une allocation allouée en vertu d'une des dispositions des législations sur les accidents du travail et maladies professionnelles applicables aux professions non agricoles qui ne peut justifier des conditions prévues par les articles L. 313-1 et L. 341-2 et le décret pris pour leur application a droit ou ouvre droit, à condition, toutefois, que la rente ou l'allocation corresponde à une incapacité de travail au moins égale à un taux minimum :

1°) aux prestations en nature de l'assurance maladie, sans limitation de durée, pour tout état de maladie ;

2°) aux prestations en nature de l'assurance maternité.

Article L371-2

Le bénéficiaire d'une rente ou d'une allocation de survivant d'une victime d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle allouée en vertu d'une des législations sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, applicables aux professions non agricoles, qui n'effectue aucun travail salarié et n'exerce aucune activité rémunératrice a droit et ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maladie, sans limitation de durée pour tout état de maladie, dans la mesure où il ne bénéficie pas déjà de ces prestations en vertu d'autres dispositions.

Article L371-3

L'assuré victime d'un accident du travail, tout en bénéficiant des dispositions de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, conserve pour toute maladie qui n'est pas la conséquence de l'accident, ainsi qu'en cas de grossesse, ses droits aux prestations des titres II et III pour lui et les membres de sa famille, au sens de l'article L. 313-3, pourvu qu'il remplisse, lors de l'accident, les conditions fixées à l'article L. 313-1.

Toutefois, l'assuré ne peut cumuler l'indemnité journalière due en vertu de la législation sur les accidents du travail et l'indemnité journalière [*de l'assurance maladie et maternité*] prévue par les articles L. 323-4 et L. 331-3. A partir de la guérison ou de la consolidation de la blessure résultant de l'accident du travail, il reçoit l'indemnité journalière prévue par lesdits articles, sans déduction d'un délai de carence, si à cette date la durée de la maladie est déjà égale à ce délai.

Article L371-4

L'assuré titulaire d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, dont l'état d'invalidité subit à la suite de maladie ou d'accident une aggravation non susceptible d'être indemnisée par application de ladite législation, peut prétendre au bénéfice de l'assurance invalidité si le degré total d'incapacité est au moins égal à un taux déterminé. Dans ce cas, la pension d'assurance est liquidée comme il est prévu au chapitre 1er du titre IV du présent livre, indépendamment de la rente d'accident.

Toutefois, le montant minimum prévu à l'article L. 341-5 est applicable au total de la rente d'accident et de la pension d'assurance. Ce total ne peut, en aucun cas, excéder le salaire perçu par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle.

Article L371-5

L'assuré victime d'un accident ou d'une maladie pour lesquels le droit aux réparations prévues par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles est contesté par la caisse primaire d'assurance maladie reçoit, à titre provisionnel, les prestations de l'assurance maladie s'il justifie des conditions fixées à l'article L. 313-1.

Si l'intéressé succombe dans l'action judiciaire entreprise, les prestations versées lui restent acquises.

Section 2 : Bénéficiaires de la législation des pensions militaires.

Article L371-6

Les assurés malades ou blessés de guerre qui bénéficient de la législation des pensions militaires continuent de recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre des articles L. 115 à L. 118 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, suivant les prescriptions desdits articles.

Pour les maladies, blessures ou infirmités non visées par la législation sur les pensions militaires, ils jouissent, ainsi que les membres de leur famille, au sens de l'article L. 313-3 des prestations en nature de l'assurance maladie et bénéficient des indemnités journalières prévues au 4° de l'article L. 321-1 et au chapitre 3 du titre II du présent livre. Mais ils sont dispensés, pour eux personnellement, du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques et autres mis à la charge des assurés malades ou invalides.

Dans le cas mentionné au premier alinéa, les indemnités journalières prévues à l'article L. 323-4 leur sont servies pendant des périodes déterminées, séparées par une interruption d'une durée minimale, sous réserve qu'ils remplissent les conditions d'attribution lors de chaque interruption de travail.

Si la caisse conteste l'origine des maladies, blessures ou infirmités, il appartient aux assurés de faire la preuve que celles-ci ne relèvent pas de la législation sur les pensions militaires.

Les dispositions du présent article et du titre II du présent livre ne sont pas applicables aux titulaires de pensions militaires qui bénéficient de l'indemnité de soins et auxquels tout travail est interdit.

Article L371-7

L'assuré titulaire d'une pension allouée en vertu de la législation sur les pensions militaires dont l'état d'invalidité subit, à la suite de maladie ou d'accident, une aggravation non susceptible d'être indemnisée par application de ladite législation, peut prétendre au bénéfice de l'assurance invalidité, si le degré total d'incapacité est au moins égal à un taux déterminé. Dans ce cas, la pension d'assurance est liquidée comme il est prévu au chapitre 1er du titre IV du présent livre indépendamment de la pension militaire.

Toutefois, le montant minimum prévu à l'article L. 341-5 est applicable au total de la pension militaire et de la pension d'assurance. Ce total ne peut, en aucun cas, excéder le salaire perçu par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle.

Chapitre 2 : Service militaire et appel sous les drapeaux.

Article L372-1

Les versements au titre des assurances sociales sont suspendus pendant la période de service

militaire ou en cas d'appel sous les drapeaux.

L'assuré qui, à son départ, remplit les conditions requises pour obtenir les prestations, peut recevoir, éventuellement, la pension d'invalidité prévue au chapitre 1er du titre IV du présent livre, si la réforme est prononcée pour maladie ou infirmité contractée en dehors du service et ne donnant pas lieu de ce fait à l'attribution d'une pension militaire.

Il peut également, si son état l'exige, recevoir, à compter de la date de retour dans ses foyers, les prestations de l'assurance maladie.

Pendant toute la durée du service militaire ou d'appel sous les drapeaux il confère aux membres de sa famille le bénéfice des prestations prévues aux titres II, III et VI du présent livre.

Article L372-2

Sous réserve de l'article L. 161-11, l'assuré doit justifier des conditions prévues aux articles L. 313-1 et L. 341-2, pour avoir ou ouvrir droit aux prestations après son retour dans ses foyers, le temps passé sous les drapeaux n'entrant pas en compte pour l'appréciation des périodes mentionnées auxdits articles.

Chapitre 4 : Emploi des étrangers.

Article L374-1

L'employeur qui a occupé un étranger soumis au régime institué par les articles L. 341-1 et suivants du code du travail est tenu de rembourser aux organismes de sécurité sociale le montant des prestations d'assurance maladie, maternité, décès, d'invalidité ou d'accident du travail versées à l'intéressé, si celui-ci n'a pas, avant la réalisation du risque ayant entraîné le versement des prestations, subi le contrôle médical prévu par lesdits articles.

En ce qui concerne les autres travailleurs étrangers, les employeurs sont également tenus à ce remboursement s'ils ne justifient pas que les intéressés leur ont présenté soit un document attestant qu'ils ont subi un contrôle médical prévu par les accords internationaux visant la circulation, le séjour et l'exercice des activités professionnelles salariées, soit une attestation de visite médicale délivrée par les services de l'Office français de l'immigration et de l'intégration.

Si pendant la période de référence au cours de laquelle ont été remplies les conditions d'ouverture du droit aux prestations, le travailleur étranger a été occupé irrégulièrement par plusieurs employeurs, ceux-ci sont tenus au remboursement prévu, au prorata du temps pendant lequel chacun d'eux a occupé le travailleur.

L'action en remboursement des prestations versées soit directement à l'assuré, soit par

l'intermédiaire d'un tiers payant se prescrit par deux ans à compter de la date du versement des prestations.

Un décret fixe le montant maximum du remboursement qui peut être ainsi réclamé.

Un décret précisera la date et les conditions d'application de ces dispositions.

Chapitre 5 : Faute intentionnelle de l'assuré.

Article L375-1

Ne donnent lieu à aucune prestation en argent les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré.

Chapitre 6 : Recours des caisses contre les tiers.

Article L376-1

Lorsque, sans entrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, la lésion dont l'assuré social ou son ayant droit est atteint est imputable à un tiers, l'assuré ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.

Les caisses de sécurité sociale sont tenues de servir à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident dans les conditions ci-après.

Les recours subrogatoires des caisses contre les tiers s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel.

Conformément à l'article 1252 du code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été prise en charge que partiellement par les prestations sociales ; en ce cas, l'assuré social peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à la caisse subrogée.

Cependant, si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice.

Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable. Une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en oeuvre de cette procédure.

La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret.

L'intéressé ou ses ayants droit doivent indiquer, en tout état de la procédure, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident ainsi que les caisses de sécurité sociale auxquelles celle-ci est ou était affiliée pour les divers risques. Ils doivent appeler ces caisses en déclaration de jugement commun ou réciproquement. A défaut du respect de l'une de ces obligations, la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée pendant deux ans, à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y auront intérêt.

En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement mentionné au troisième alinéa ci-dessus, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable et au profit de l'organisme national d'assurance maladie. Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites d'un montant maximum de 910 euros et d'un montant minimum de 91 euros. A compter du 1er janvier 2007, les montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée.

Cette indemnité est établie et recouvrée par la caisse selon les règles et sous les garanties et sanctions, prévues au chapitre 3 du titre III et aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.

Lorsque l'assuré victime de l'accident est affilié au régime agricole, l'indemnité est recouvrée selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime.

Article L376-2

La victime ou ses ayants droit est admise à faire valoir les droits résultant pour elle de l'action en indemnité formée conformément à l'article L. 376-1 par priorité sur ceux des caisses en ce qui concerne son action en remboursement des déboursés.

Article L376-3

Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et l'assuré ne peut être opposé à la caisse de sécurité sociale qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée et ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre.

Article L376-4

La caisse de sécurité sociale de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur.

L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire prévu à l'article L. 376-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au septième alinéa de l'article L. 376-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.

La contestation de la décision de la caisse de sécurité sociale relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

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

Chapitre 7 : Pénalités.

Article L377-2

Sera puni d'une amende de 3 750 euros et, en cas de récidive dans le délai d'un an, d'une amende de 7 500 euros, tout intermédiaire convaincu d'avoir offert ou fait offrir ses services moyennant émoluments convenus à l'avance à un assuré social en vue de lui faire obtenir le bénéfice des prestations qui peuvent lui être dues.

Article L377-3

Sera puni d'une amende de 3 750 euros et d'un emprisonnement de six mois ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, soit par menaces ou abus d'autorité, soit par offre, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques faits à des assurés ou à des caisses de sécurité sociale ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les assurés notamment dans une clinique ou cabinet médical, dentaire ou officine de pharmacie.

Article L377-4

Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant lorsqu'il aura déjà subi une condamnation pour la même infraction et le tribunal pourra ordonner l'insertion du nouveau jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité, le tout aux frais du condamné, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 7,5 euros.

Article L377-5

Le jugement prononçant une des peines prévues au présent chapitre contre un praticien peut également prononcer son exclusion des services des assurances sociales.

Les médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharmaciens peuvent être exclus des services de l'assurance, en cas de fausse déclaration intentionnelle. S'ils sont coupables de collusion avec les assurés, ils sont passibles, en outre, d'une amende de 3 750 euros, et d'un emprisonnement de six mois ou de l'une de ces deux peines seulement sans préjudice de plus fortes peines, s'il y échet.

Chapitre 8 : Bénéficiaires de congés spécifiques d'aide à une personne dépendante ou handicapée

Section 1 : Bénéficiaires du congé de soutien familial

Article L378-1

Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en espèces à l'issue du congé de soutien familial prévu à l'article L. 225-20 du code du travail, l'assuré, sous réserve toutefois de reprendre son activité et de n'avoir perçu aucune rémunération au titre de l'aide familiale apportée, doit justifier des conditions prévues aux articles L. 313-1 et L. 341-2 du présent code, la période de congé n'entrant pas en compte pour l'appréciation des périodes mentionnées auxdits articles.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 8 : Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général - Dispositions d'application du livre 3

Chapitre préliminaire : Personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence en France

Article L380-1

Toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité.

Un décret en Conseil d'Etat précise la condition de résidence mentionnée au présent article.

Article L380-2

Les personnes affiliées au régime général dans les conditions fixées à l'article L. 380-1 sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond fixé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix.

Cette cotisation est fixée en pourcentage du montant des revenus, définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts, qui dépasse le plafond mentionné au premier alinéa. Servent également au calcul de l'assiette de la cotisation, lorsqu'ils ne sont pas pris en compte en application du IV de l'article 1417 du code général des impôts, l'ensemble des moyens d'existence et des éléments de train de vie, notamment les avantages en nature et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers, dont le bénéficiaire de la couverture maladie universelle a disposé, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit. Ces éléments de train de vie font l'objet d'une évaluation dont les modalités sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.

La cotisation est recouvrée selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret du Conseil

d'Etat.

Pour bénéficier du remboursement des prestations, l'assuré mentionné au premier alinéa doit être à jour de ses cotisations.

En cas de fraude ou de fausse déclaration sur le montant des ressources, la caisse peut, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-1-14, suspendre à titre conservatoire, après mise en demeure, le versement des prestations. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret.

Pour la détermination du montant de la cotisation visée au premier alinéa et le contrôle des déclarations de ressources effectué à cette fin, les organismes d'assurance maladie peuvent demander toutes les informations nécessaires à l'administration des impôts, aux organismes de sécurité sociale et aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer. Les personnels des organismes sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées. Les informations demandées doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'accomplissement de cette mission, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de ces échanges d'informations.

Article L380-3

Les dispositions de l'article L. 380-1 ne s'appliquent pas aux personnes suivantes :

1° Les membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, les fonctionnaires d'un Etat étranger et personnes assimilées, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent ;

2° Les personnes qui sont venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure ;

3° (Abrogé) ;

4° Les agents retraités d'une organisation internationale qui ne sont pas également titulaires d'une pension française, ainsi que les membres de leur famille, dès lors qu'ils sont couverts dans des conditions analogues à celles du régime général français d'assurance maladie et maternité par le régime propre à l'organisation dont ils relevaient quand ils étaient en activité ;

5° Les travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire, ainsi que les personnes appartenant aux catégories mentionnées aux articles L. 161-14 et L. 313-3 ;

6° Les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre.

Article L380-3-1

I.-Les travailleurs frontaliers résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 entre la Communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, mais qui, sur leur demande, sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord, sont affiliés obligatoirement au régime général dans les conditions fixées par l'article L. 380-1.

II.-Toutefois, les travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie peuvent demander à ce que les dispositions du I ne leur soient pas appliquées, ainsi qu'à leurs ayants droit, jusqu'à la fin des dispositions transitoires relatives à la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne, soit douze ans à partir de l'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 précité, à condition d'être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des soins reçus sur le territoire français. Ces dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs frontaliers, ainsi qu'à leurs ayants droit, affiliés au régime général à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Les travailleurs ayant formulé une telle demande peuvent ultérieurement y renoncer à tout moment, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit indistinctement, et sont, à partir de la date de cette renonciation, affiliés au régime général en application des dispositions du I.

III.-Les dispositions du I et du II sont également applicables aux titulaires de pensions ou de rentes suisses, ainsi qu'à leurs ayants droit, résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 précité, mais qui sur leur demande sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord.

IV.-Les travailleurs frontaliers et les titulaires de pensions et de rentes affiliés au régime général dans les conditions fixées au I ne sont pas assujettis aux contributions visées à l'article L. 136-1 et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et ne sont pas redevables des cotisations visées au deuxième alinéa de l'article L. 131-9 et à l'article L. 380-2.

Ils sont redevables d'une cotisation fixée en pourcentage du montant de leurs revenus définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.

La cotisation est recouvrée selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat.

Article L380-4

Les pupilles de l'Etat sont affiliés au régime général au titre du présent chapitre.

Chapitre 1er : Personnes rattachées au régime général pour certains risques ou charges

Section 1 : Bénéficiaires du complément familial, de la prestation d'accueil du jeune enfant - Personnes assumant la charge d'un handicapé.

Article L381-1

La personne isolée et, pour un couple, l'un ou l'autre de ses membres n'exerçant pas d'activité professionnelle, bénéficiaire du complément familial, de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant ou du complément de libre choix d'activité de cette prestation, est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret et que les enfants dont il assume la charge remplissent les conditions d'âge et de nombre qui sont fixées par le même décret.

La personne isolée ou chacun des membres d'un couple exerçant une activité professionnelle à temps partiel, bénéficiaire du complément de libre choix d'activité à taux partiel, est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret et que les enfants dont il assume la charge remplissent les conditions d'âge et de nombre qui sont fixées par décret.

La personne bénéficiaire de l'allocation journalière de présence parentale est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général, sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret.

Est également affiliée obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, pour autant que ses ressources ou celles du ménage ne dépassent pas le plafond du complément familial, la personne bénéficiaire du congé de soutien familial prévu à l'article L. 225-20 du code du travail. Cette affiliation est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret.

Le travailleur non salarié mentionné aux articles L. 611-1 ou L. 722-1 du présent code, à l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime ou au 2° de l'article L. 722-10 du même code, ainsi que le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 622-8 du présent code ou aux articles L. 321-5 et L. 732-34 du code rural, qui interrompt son activité professionnelle pour s'occuper de son conjoint, de son concubin, de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité, d'un ascendant, d'un descendant, de l'enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du présent code, d'un collatéral jusqu'au quatrième degré ou de l'ascendant, du descendant ou du collatéral jusqu'au quatrième degré de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité, présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité, est affilié obligatoirement, pour une durée de trois mois, à l'assurance vieillesse du régime général, pour autant que ses ressources ou celles du ménage ne dépassent pas le plafond du complément

familial. Cette affiliation peut être renouvelée, dans la limite d'une durée maximale d'une année. Elle n'est pas subordonnée à la radiation du travailleur non salarié du centre de formalités des entreprises dont il relève. Elle est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret.

En outre, est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, pour autant que ses ressources ou celles du ménage ne dépassent pas le plafond du complément familial et qu'elle n'exerce aucune activité professionnelle ou seulement une activité à temps partiel la personne et, pour un couple, l'un ou l'autre de ses membres :

1°) ayant la charge d'un enfant handicapé qui n'est pas admis dans un internat, dont l'incapacité permanente est au moins égale à un taux fixé par décret et qui n'a pas atteint l'âge limite d'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;

2°) ou assumant, au foyer familial, la charge d'une personne adulte handicapée dont la commission prévue à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles reconnaît que l'état nécessite une assistance ou une présence définies dans des conditions fixées par décret et dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal au taux ci-dessus rappelé, dès lors que ladite personne handicapée est son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son ascendant, descendant ou collatéral ou l'ascendant, descendant ou collatéral d'un des membres du couple. Les différends auxquels peut donner lieu l'application du présent alinéa relèvent du contentieux technique de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 143-1 du présent code.

Le financement de l'assurance vieillesse des catégories de personnes mentionnées par le présent article est assuré par une cotisation à la charge exclusive des organismes débiteurs des prestations familiales et calculée sur des assiettes forfaitaires. Cependant, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie rembourse à la Caisse nationale des allocations familiales les cotisations acquittées par les organismes débiteurs des prestations familiales au titre des personnes mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas.

Aucune affiliation ne peut intervenir en application des dispositions ci-dessus lorsque, au titre du ou des enfants considérés et de la même période, la personne concernée bénéficie de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article L. 351-5 du présent code ou de périodes d'assurance attribuées par des régimes spéciaux en application du 1° de l'article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de dispositions réglementaires ayant le même objet. Les dispositions d'application du présent alinéa sont déterminées en tant que de besoin par décret.

Section 3 : Etudiants.

Article L381-3

Les dispositions du présent livre relatives à la couverture des risques de maladie et des charges de maternité sont étendues aux étudiants, dans les conditions fixées à la présente section.

Article L381-4

Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales les élèves et les étudiants des établissements

d'enseignement supérieur, des écoles techniques supérieures, des grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles, qui, n'étant pas assurés sociaux à un titre autre que celui prévu à l'article L. 380-1 ou ayants droit d'assuré social, ne dépassent pas un âge limite. Cet âge limite peut être reculé, notamment en raison de l'appel et du maintien sous les drapeaux.

Article L381-5

Les conditions que doivent remplir les assujettis et la liste des établissements mentionnés à l'article précédent sont déterminées par arrêté interministériel, après consultation des associations d'étudiants.

Article L381-6

Les bénéficiaires énumérés à l'article L. 381-4 sont affiliés aux caisses primaires d'assurance maladie à la diligence des établissements où ils sont inscrits.

Les cotisations sont recouvrées en même temps que les sommes dues pour frais d'études. Elles sont versées à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale dont dépend l'établissement.

Article L381-7

Les étudiants ou élèves mentionnés à l'article L. 381-4, leurs conjoints ou enfants à charge, au sens de l'article L. 313-3, ont droit aux prestations en nature :

1°) de l'assurance maladie ;

2°) de l'assurance maternité.

Article L381-8

Les ressources de l'assurance sociale des étudiants sont constituées :

1°) par une cotisation forfaitaire des bénéficiaires, dont le montant est fixé par arrêté interministériel, après consultation des associations d'étudiants.

L'exonération de cette cotisation, de droit pour les boursiers, pourra, dans les autres cas, être décidée à titre exceptionnel par la commission prévue à l'article L. 381-10.

Une part du produit de cette cotisation est affectée, sous la forme de remise de gestion, au financement des dépenses de gestion des organismes assurant le service des prestations. Le montant de la remise de gestion accordée à ces organismes par étudiant affilié ainsi que pour les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 381-9 est, à l'issue d'une période transitoire ne pouvant aller au-delà du 31 décembre 1995, identique quel que soit l'organisme gestionnaire. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ;

2°) pour le surplus, par des contributions du régime général et des régimes spéciaux de sécurité sociale, du régime des assurances sociales des salariés agricoles, du régime d'assurance maladie, invalidité, maternité des exploitants agricoles et du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Article L381-9

Pour le service des prestations énumérées à l'article L. 381-7, il est fait appel à des sections ou correspondants locaux dont le rôle est assumé par des mutuelles ou sections de mutuelles d'étudiants régies par le code de la mutualité, dans les conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

Les sections ou correspondants locaux visés au premier alinéa sont également compétents pour le service des prestations aux personnes mentionnées à l'article L. 161-14-1 qui sont élèves ou étudiants dans les établissements, écoles ou classes énumérés à l'article L. 381-4, à l'exclusion des enfants ayants droit des ressortissants du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles et des régimes spéciaux de sécurité sociale autres que ceux dont relèvent les fonctionnaires civils de l'Etat, les magistrats, les ouvriers de l'Etat et les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers.

La création d'une section locale universitaire est obligatoire dans les établissements ou villes universitaires remplissant les conditions d'effectifs fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les organismes de sécurité sociale concourant au financement du régime étudiant sont représentés dans les conseils d'administration des sections locales suivant les modalités déterminées au décret en Conseil d'Etat.

Les sections universitaires peuvent se grouper en unions ou fédérations.

Article L381-10

Les conseils d'administration des sections universitaires, de leurs unions ou fédérations désignent parmi leurs membres des représentants auprès des caisses de sécurité sociale, chargés de contrôler la comptabilité spéciale tenue pour les bénéficiaires mentionnés à la présente section et la stricte application, à leurs besoins, des fonds mentionnés à l'article L. 381-8.

Article L381-11

Les commissaires mentionnés à l'article L. 381-10 assistent à toutes les délibérations et sont consultés sur toute décision des administrateurs des organismes du régime général concernant la sécurité sociale des étudiants. Ils peuvent émettre toute suggestion ou vœu utile à son bon fonctionnement, notamment en matière de prévention et d'action sanitaire et sociale.

Section 5 : Invalides de guerre

Article L381-19

Les dispositions relatives aux prestations des assurances sociales s'appliquent aux bénéficiaires du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre dans les conditions et sous les réserves fixées à la présente section.

Article L381-20

Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales :

1°) les bénéficiaires des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, titulaires d'une pension d'invalidité correspondant à un taux minimum d'incapacité, qui ne sont pas assurés sociaux ;

2°) les veuves non remariées, bénéficiaires des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, qui ne sont pas assurées sociales ;

3°) les orphelins de guerre mineurs titulaires d'une pension en vertu des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, lorsqu'ils ne sont pas assurés sociaux ou que la personne qui les a recueillis n'est pas elle-même assurée sociale ;

4°) les orphelins de guerre majeurs titulaires d'une pension en vertu des dispositions de l'article L. 57 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre. Dans ce dernier cas, ils doivent être reconnus incapables de travailler par la commission prévue à l'article L. 143-2 ;

5°) les aveugles de la Résistance, bénéficiaires de l'article L. 189 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

6°) les victimes civiles de la guerre visées au 6° de l'article L. 136 bis du code des pensions

militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

7°) les ascendants pensionnés au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, ayant atteint un âge déterminé et ne relevant pas déjà d'un régime obligatoire d'assurance maladie.

Article L381-21

Les bénéficiaires énumérés à l'article précédent sont affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie.

Article L381-22

Les personnes mentionnées à l'article L. 381-20, et, le cas échéant, leurs conjoints et leurs enfants à charge au sens de l'article L. 313-3 ont droit aux prestations en nature :

1°) de l'assurance maladie ;

2°) de l'assurance maternité.

Toutefois, ces prestations ne sont accordées aux personnes mentionnées au 1°) de l'article L. 381-20 que pour les maladies, blessures ou infirmités autres que celles ayant donné lieu à l'attribution de la pension militaire ; elles sont dispensées pour elles personnellement du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques ou autres mis à la charge des assurés malades.

Article L381-23

La couverture des risques et charges mentionnés à l'article L. 381-22 est assurée :

1°) par une cotisation due par les bénéficiaires de la présente section prélevée sur leur pension et dont le taux, fixé par un décret, ne peut excéder celui appliqué aux fonctionnaires retraités et aux veuves de fonctionnaires ;

2°) par une contribution inscrite chaque année au budget général de l'Etat et dont le montant est déterminé, compte tenu du coût moyen des risques pour l'année précédente et de la cotisation prévue au présent article.

Article L381-24

Les conditions dans lesquelles les cotisations et contributions susmentionnées à l'article L. 381-23 sont versées aux caisses de sécurité sociale compétentes sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Section 6 : Sapeurs-pompiers volontaires.

Article L381-25

Les dispositions de la section 5 du présent chapitre sont étendues :

1°) aux sapeurs-pompiers volontaires, non assurés sociaux, titulaires d'une rente correspondant à un taux minimum d'invalidité ;

2°) aux conjoints non remariés des sapeurs-pompiers volontaires mentionnés à l'article 13 de la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service, titulaires d'une rente de réversion au titre de ladite loi lorsqu'ils ne sont pas assurés sociaux ;

3°) aux orphelins titulaires d'une rente de réversion ou d'une pension d'orphelin au titre de la loi précitée, lorsqu'ils ne sont pas assurés sociaux, ou que la personne qui les a recueillis n'est pas elle-même assurée sociale.

Pour l'application du présent article la cotisation prévue au deuxième alinéa (1°) de l'article L. 381-23 est à la charge de l'Etat.

Section 7 : Bénéficiaires de l'allocation aux vieux travailleurs salariés et de l'allocation aux mères de famille.

Article L381-26

Les titulaires des allocations ou secours mentionnés aux chapitres 1er et 3 du titre I du livre VIII qui n'effectuent aucun travail salarié ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 311-9.

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

Section 8 : Bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés.

Article L381-27

Les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés qui ne sont pas assujettis, à un autre titre, à un autre régime obligatoire d'assurance maladie ont droit, dans les conditions fixées par les titres II et III du présent livre, aux prestations des assurances maladie et maternité telles qu'elles sont prévues par les 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 et par l'article L. 331-2.

Par dérogation au précédent alinéa, les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés peuvent bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime de protection sociale des personnes salariées ou non salariées agricoles lorsque l'un de leurs parents y est affilié.

Article L381-28

Les bénéficiaires mentionnés à l'article L. 381-27 sont affiliés à une caisse primaire d'assurance maladie.

Par dérogation au précédent alinéa, les personnes visées au deuxième alinéa de l'article L. 381-27 peuvent rester affiliées au régime de protection sociale des personnes salariées ou non salariées agricoles auquel l'un de leurs parents est affilié.

Section 9 : Détenus et personnes retenues dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté

Sous-section 1 : Assurances maladie et maternité

Article L381-30

Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération.

Les condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article 723 du code de procédure pénale qui exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres sont affiliés au régime d'assurance maladie et maternité dont ils relèvent au titre de cette activité. Toutefois, les intéressés sont affiliés au régime général lorsqu'ils ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime dont ils relèvent au titre de leur activité.

Les dispositions de l'article L. 115-6 ne sont pas applicables aux détenus.

Une participation peut être demandée, lorsqu'ils disposent de ressources suffisantes, aux détenus assurés en vertu du premier alinéa ou à leurs ayants droit.

Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L381-30-1

Durant leur incarcération, les détenus affiliés en application de l'article L. 381-30 bénéficient pour eux-mêmes et, sous réserve de l'article L. 161-25-2, pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Durant leur incarcération, les détenus titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont ils relevaient avant leur incarcération bénéficient du maintien de son versement. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès prévu à l'article L. 361-1.

Par dérogation au premier alinéa, les détenus de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 115-6 ne bénéficient que pour eux-mêmes des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Les dispositions de l'article L. 161-13 ne sont pas applicables aux détenus de nationalité étrangère et à leurs ayants droit qui ne satisfont pas aux conditions prévues par les articles L. 161-25-1 et L. 161-25-2.

Article L381-30-2

L'Etat est redevable d'une cotisation pour chaque détenu affilié en application de l'article L. 381-30. Cette cotisation est calculée sur la base d'une assiette forfaitaire et d'un taux déterminés par décret en tenant compte de l'évolution des dépenses de santé de la population carcérale.

Article L381-30-3

Les cotisations dues par l'Etat en application de l'article L. 381-30-2 font l'objet d'un versement global à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dont le montant est calculé et acquitté selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L381-30-4

La rémunération versée aux détenus qui exécutent un travail pénal est soumise à cotisation patronale et salariale d'assurance maladie et maternité dans des conditions et selon des modalités

fixées par décret en Conseil d'Etat. Les obligations de l'employeur sont assumées par l'administration pénitentiaire.

Article L381-30-5

I.-La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférentes aux soins dispensés aux détenus est financée par une dotation annuelle lorsque ces soins sont dispensés par un établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées mentionné à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique. Lorsqu'ils sont dispensés aux détenus soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du 12° de l'article L. 6112-1 du même code, ces soins sont financés par la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 et versée à cet établissement à ce titre.

Cette part est financée hors taux directeur, en fonction des dépenses de fonctionnement et d'investissement constatées et de leur évolution prévisible, selon des modalités déterminées par décret.

II.-L'Etat verse à l'établissement de santé le montant du forfait journalier institué par l'article L. 174-4 ainsi que la part des dépenses de soins non prise en charge par l'assurance maladie dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations.

Article L381-30-6

L'Etat prend en charge :

1° Les dépenses afférentes aux actions de prévention et d'éducation pour la santé engagées par l'établissement de santé, sous réserve de celles qui sont prises en charge par d'autres personnes morales de droit public ou privé, et notamment par le département, en application de l'article 37 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat ;

2° Les frais de transport du personnel hospitalier, des produits et petits matériels à usage médical et des produits pharmaceutiques ;

3° Les frais d'aménagement des locaux spécialement prévus pour l'admission des détenus dans les établissements de santé et dans les établissements pénitentiaires.

Sous-section 2 : Assurance vieillesse

Article L381-31

Nonobstant les dispositions de l'article L. 115-6, les détenus exécutant un travail pénal ou suivant un stage de formation professionnelle sont affiliés obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale.

Les obligations de l'employeur sont assumées par l'administration pénitentiaire qui prend également en charge les cotisations forfaitaires dues par les détenus employés au service général.

Toutefois, les cotisations des détenus qui suivent un stage de formation professionnelle sont calculées et prises en charge dans les conditions prévues par l'article L. 980-3 du code du travail.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article 723 du code de procédure pénale qui, exerçant une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, sont affiliés au régime d'assurance vieillesse dont ils relèvent au titre de cette activité.

Sous-Section 3 - Personnes retenues dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté

Article L381-31-1

Les dispositions de la présente section s'appliquent aux personnes retenues dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté.

Section 10 : Titulaires de mandats locaux

Article L381-32

Les titulaires de mandats locaux sont affiliés au régime général de la sécurité sociale dans les conditions définies aux articles L. 2123-25, L. 2123-26, L. 2123-29, L. 2511-33, L. 3123-20, L. 3123-21, L. 3123-24, L. 4135-20, L. 4135-21, L. 4135-24 et L. 5211-14 du code général des collectivités territoriales.

Chapitre 2 : Personnes rattachées au régime général pour l'ensemble des risques

Section 1 : Artistes auteurs

Sous-section 1 : Champ d'application.

Article L382-1

Les artistes auteurs d'oeuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques, graphiques et plastiques, ainsi que photographiques, sous réserve des dispositions suivantes, sont affiliés obligatoirement au régime général de sécurité sociale pour les assurances sociales et bénéficient des prestations familiales dans les mêmes conditions que les salariés.

Bénéficient du présent régime :

- les auteurs d'oeuvres photographiques journalistes professionnels au sens des articles L. 761-2 et suivants du code du travail, au titre des revenus tirés de l'exploitation de leurs oeuvres photographiques en dehors de la presse et, dans des conditions à prévoir par des accords professionnels distincts dans le secteur des agences de presse et dans celui des publications de presse ou, à l'issue d'une période de deux ans à compter de la date de promulgation de la loi n° 2006-961 du 1er août 2006 relative au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information, par décret en Conseil d'Etat, pour leurs revenus complémentaires tirés de l'exploitation de leurs oeuvres photographiques dans la presse ;

- les auteurs d'oeuvres photographiques non journalistes professionnels qui tirent de leur activité, directement ou par l'intermédiaire d'agences de quelque nature qu'elles soient, des droits d'auteurs soumis au régime fiscal des bénéficiaires non commerciaux et qui exercent leur activité depuis au moins trois années civiles.

Les dispositions prévues aux trois précédents alinéas s'entendent sans préjudice des dispositions de l'article L. 311-2 du présent code.

L'affiliation est prononcée par les organismes de sécurité sociale, s'il y a lieu après consultation, à l'initiative de l'organisme compétent ou de l'intéressé, de commissions qui, instituées par branches professionnelles et composées en majorité de représentants des organisations syndicales et professionnelles des artistes, tiennent compte notamment de ses titres.

Sous-section 2 : Organismes agréés et commissions.

Article L382-2

Chaque organisme est administré par un conseil d'administration comprenant des représentants élus des artistes-auteurs affiliés et des représentants élus des diffuseurs. Il comprend également des représentants de l'Etat. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent

alinéa ainsi que les conditions de nomination des directeurs et agents comptables desdits organismes.

Les délibérations du conseil d'administration de chaque organisme agréé ne deviennent exécutoires que si aucune opposition n'est faite dans un délai et dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Sous-section 4 : Cotisations.

Article L382-3

Les revenus tirés de leur activité d'auteur à titre principal ou à titre accessoire par les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 sont assujettis aux cotisations d'assurances sociales et d'allocations familiales dans les mêmes conditions que des salaires, sous réserve des adaptations prévues dans la présente section.

Les cotisations dues au titre des assurances sociales pour les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 sont calculées selon les taux de droit commun.

Les revenus servant de base au calcul des cotisations dues au titre du présent régime sont constitués du montant brut des droits d'auteur lorsque ces derniers sont assimilés fiscalement à des traitements et salaires par le 1^{er} quater de l'article 93 du code général des impôts. Ils sont constitués du montant des revenus imposables au titre des bénéfices non commerciaux majorés de 15 % lorsque cette assimilation n'est pas applicable.

Article L382-4

Le financement des charges incombant aux employeurs au titre des assurances sociales et des prestations familiales est assuré par le versement d'une contribution par toute personne physique ou morale, y compris l'Etat et les autres collectivités publiques, qui procède, à titre principal ou à titre accessoire, à la diffusion ou à l'exploitation commerciale d'oeuvres originales relevant des arts mentionnés par le présent chapitre.

Cette contribution est calculée sur un barème tenant compte soit du chiffre d'affaires réalisé par ces personnes à raison de la diffusion ou de l'exploitation commerciale des oeuvres des artistes, vivants ou morts, auteurs d'oeuvres graphiques et plastiques ou de leur rémunération lorsque l'oeuvre n'est pas vendue au public, soit des sommes qu'elles versent à titre de droit d'auteur aux artistes ou organismes percevant ces sommes pour leur compte, à l'occasion de la diffusion ou de l'exploitation commerciale des oeuvres des artistes, vivants ou morts, auteurs d'oeuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques.

Elle est recouvrée comme en matière de sécurité sociale par l'intermédiaire d'organismes agréés par l'autorité administrative qui assument, en matière d'affiliation, les obligations de l'employeur à

l'égard de la sécurité sociale.

Article L382-5

La part des cotisations à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 382-1 est versée par les intéressés à l'organisme agréé dont elles relèvent.

Toutefois, lorsque la rémunération est versée par l'une des personnes mentionnées à l'article L. 382-4, la fraction de cotisation assise sur la totalité de cette rémunération est précomptée par cette personne et versée par elle à l'organisme agréé.

Article L382-6

Sans préjudice de l'application du premier alinéa de l'article L. 242-3 et de l'article L. 241-3, la fraction de cotisation au-dessous du plafond prévu audit article L. 241-3, calculée sur les rémunérations perçues en qualité d'auteur au sens de l'article L. 382-1 par des personnes qui exercent par ailleurs une ou plusieurs autres activités salariées ou assimilées, peut être fixée forfaitairement par arrêté ministériel.

Article L382-7

Les organismes agréés visés à l'article L. 382-2 exercent une action sociale en faveur de leurs ressortissants affiliés aux assurances sociales prévues au présent chapitre, en vue de prendre en charge tout ou partie des cotisations dues par ces ressortissants connaissant des difficultés économiques. Le financement de cette action sociale est assuré par une fraction de la contribution visée à l'article L. 382-4. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Sous-section 5 : Prestations.

Article L382-8

Les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 ont le droit, pour elles-mêmes et les membres de leur famille au sens de l'article L. 313-3, aux prestations des assurances sociales et aux prestations familiales.

Article L382-9

Pour bénéficier du règlement des prestations en espèces des assurances maladie et maternité, l'assuré doit être à jour de ses cotisations.

Sous réserve des dispositions de l'alinéa précédent, lorsque la vente de ses oeuvres ne lui procure que des ressources insuffisantes pour ouvrir droit aux prestations, ce droit peut, compte tenu de ses titres et de sa qualité d'artiste professionnel, lui être reconnu ou maintenu, après avis de la de la commission professionnelle compétente.

Article L382-10

L'article L. 351-14 n'est pas applicable aux personnes mentionnées à l'article L. 382-1.

Les droits acquis ou en cours d'acquisition par ces personnes dans le régime de base d'assurance vieillesse des professions libérales prévu au titre IV du livre VI du présent code antérieurement au 1er janvier 1977 sont pris en charge au titre des dispositions prévues au présent chapitre à partir du 1er janvier 1977.

Les titulaires d'une pension de vieillesse acquise au 1er janvier 1977 dans le régime de base des professions libérales bénéficient des prestations de l'assurance maladie dans les mêmes conditions que les pensionnés du régime général.

Un décret fixe les conditions dans lesquelles les cotisations versées au régime de base d'assurance vieillesse des professions libérales au titre de périodes antérieures au 1er janvier 1977 sont prises en considération pour la liquidation des prestations.

Sous-section 6 : Régimes complémentaires.

Article L382-12

Les personnes affiliées au régime général en application de l'article L. 382-1 relèvent de régimes complémentaires d'assurance vieillesse institués en application de l'article L. 644-1 dont la gestion est assurée par une caisse de retraite complémentaire dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, dans des conditions fixées par décret.

Lorsque la cotisation à un régime relevant du présent article est due au titre de droits perçus en application du contrat visé à l'article L. 132-24 du code de la propriété intellectuelle, cette cotisation est précomptée et versée par le producteur mentionné à l'article L. 132-23 du même code. Une fraction, déterminée par décret, est à la charge du producteur.

Pour les catégories de personnes mentionnées au premier alinéa qui, à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 2003-517 du 18 juin 2003 relative à la rémunération au titre du prêt en bibliothèque et renforçant la protection sociale des auteurs, n'entrent pas dans le champ d'application de ces

régimes, un décret désigne le régime complémentaire d'assurance vieillesse applicable.

Pour les personnes mentionnées au premier alinéa dont une ou plusieurs œuvres ont fait l'objet d'un contrat d'édition en vue de leur publication et de leur diffusion sous forme de livre et qui tirent plus de la moitié de leurs revenus de l'exploitation de ces œuvres, une part de la rémunération perçue en application de l'article L. 133-3 du code de la propriété intellectuelle est affectée, dans la limite prévue à l'article L. 133-4 du même code, à la prise en charge d'une fraction des cotisations dues par ces affiliés au titre de la retraite complémentaire. Un décret détermine le montant de cette fraction, qui ne peut toutefois excéder la moitié du montant des cotisations. Il fixe également les modalités de recouvrement des sommes correspondant à cette fraction et des cotisations des affiliés.

Sous-section 7 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article L382-14

Le décret en Conseil d'Etat qui détermine les modalités d'application du présent chapitre fixe, notamment en ce qui concerne les obligations des assujettis, les conditions d'ouverture du droit aux prestations, les modalités de calcul des prestations en espèces des assurances maladie et maternité, de l'assurance décès et des pensions de vieillesse et d'invalidité, le délai qui suit le point de départ de l'incapacité de travail et à l'expiration duquel sont accordées les prestations en espèces de l'assurance maladie, les obligations des personnes mentionnées à l'article L. 382-4 en matière de déclaration de leur chiffre d'affaires, la représentation majoritaire des intéressés au sein des organismes agréés prévus au même article, leur rôle et leurs rapports avec les organismes de sécurité sociale.

Le même décret détermine également les adaptations à apporter le cas échéant aux dispositions du présent code relatives au contrôle de l'assiette, à la fixation et au recouvrement des cotisations.

Article L382-14-1

Les revenus versés en application de l'article L. 132-42 du code de la propriété intellectuelle sont assujettis aux cotisations dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales dans les conditions prévues au présent chapitre.

Section 2 : Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article L382-15

Les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses, ainsi que les personnes titulaires de la pension de vieillesse ou de la pension d'invalidité instituées par la présente section qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un autre régime de base de sécurité sociale, relèvent du régime général de sécurité sociale. Ils ne peuvent être affiliés au titre de l'article L. 380-1.

L'affiliation est prononcée par l'organisme de sécurité sociale prévu à l'article L. 382-17, s'il y a lieu après consultation d'une commission consultative instituée auprès de l'autorité compétente de l'Etat, et comprenant des représentants de l'administration et des personnalités choisies en raison de leur compétence, compte tenu de la diversité des cultes concernés.

Article L382-16

Les personnes visées à l'article L. 382-15 et détachées temporairement à l'étranger demeurent soumises, pendant une durée maximale fixée par décret, au régime prévu par la présente section à la condition que leurs associations, congrégations et collectivités religieuses s'engagent à acquitter l'intégralité des cotisations dues.

Article L382-17

Il est institué un organisme de sécurité sociale à compétence nationale qui prend la dénomination de "Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes". Cet organisme est constitué et fonctionne, sous réserve des dispositions du présent chapitre, conformément aux dispositions applicables aux organismes visés au chapitre Ier du titre Ier du livre II. Il est chargé d'assurer le recouvrement des cotisations et le versement des prestations d'assurance maladie et maternité, d'assurance vieillesse et d'assurance invalidité. Il gère les quatre sections suivantes :assurance maladie, maternité et invalidité, assurance vieillesse, action sanitaire et sociale et gestion administrative.

La caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes est soumise au contrôle de l'Etat .

Elle exerce, au bénéfice de ses ressortissants, une action sanitaire et sociale dont le financement est fixé, avant le début de chaque exercice, sur décision du conseil d'administration de la caisse.

Un décret en Conseil d'Etat détermine la composition ainsi que le mode de désignation des membres du conseil d'administration, compte tenu notamment de la pluralité des cultes concernés.

Article L382-18

Une convention conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes détermine les conditions dans lesquelles les sommes nécessaires au paiement des prestations, à la gestion administrative et à l'action sanitaire et sociale sont mises à la disposition de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes par le régime général ainsi que les conditions dans lesquelles les cotisations mentionnées à l'article L. 382-25 sont reversées par cet organisme au régime général. Une convention de même nature est également conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, la Caisse nationale d'assurance maladie des

travailleurs salariés et la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes. Ces conventions sont soumises à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Article L382-19

La commission prévue au deuxième alinéa de l'article L. 382-15 est chargée d'émettre un avis sur les problèmes soulevés par l'application de la présente section.

Article L382-20

Les différends auxquels donne lieu l'application de la présente section sont réglés conformément aux dispositions des chapitres 2 à 4 du titre IV du livre Ier.

Sous-section 2 : Assurance maladie.

Article L382-21

Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-15 ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité.

Les membres des congrégations et des collectivités religieuses peuvent, sur leur demande, être admis à bénéficier d'un régime particulier comportant des cotisations et des prestations réduites.

Ces prestations sont limitées à la couverture des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins et de cure publics et privés.

L'option pour le régime particulier est valable pour une durée déterminée ; elle est renouvelable.

Un décret détermine les modalités d'application des trois derniers alinéas ci-dessus.

Article L382-22

Les charges résultant des dispositions de la présente sous-section sont couvertes :

1° Par des cotisations personnelles assises sur une base forfaitaire et à la charge des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses. Les cotisations dues par les

personnes visées à l'article L. 382-15 qui sont redevables des contributions mentionnées respectivement à l'article L. 136-1 et au I de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont réduites dans des conditions fixées par arrêté ;

2° Par une cotisation à base forfaitaire à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relèvent les ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses ;

3° En tant que de besoin, par une contribution du régime général.

Le montant des cotisations peut être réparti dans les conditions fixées au second alinéa du II de l'article L. 382-25.

Article L382-23

Le décret en Conseil d'Etat qui fixe les conditions d'application de la présente sous-section détermine notamment les conditions dans lesquelles les ministres des cultes et les membres des congrégations religieuses qui relèvent d'un autre régime obligatoire de sécurité sociale en raison d'une activité exercée à temps partiel peuvent bénéficier des dispositions de la présente section.

Sous-section 3 : Assurance invalidité.

Article L382-24

Les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses mentionnés à l'article L. 382-15 ont droit à une pension d'invalidité lorsque leur état de santé les met dans l'incapacité totale ou partielle d'exercer, médicalement constatée et révisée selon une périodicité fixée par décret.

Un décret détermine les modalités de calcul du montant de la pension.

La pension d'invalidité est remplacée, à l'âge fixé en application du premier alinéa de l'article L. 351-1, par la pension de vieillesse prévue à la sous-section 4 de la présente section.

La pension d'invalidité est majorée d'un montant fixé par décret lorsque le titulaire se trouve dans l'obligation d'avoir recours à l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Sous-section 4 : Assurance vieillesse.

Article L382-25

I. - Les charges résultant des dispositions de la présente sous-section sont couvertes par :

1° Des cotisations à la charge des assurés, assises sur une base forfaitaire ;

2° Des cotisations à la charge des associations, des congrégations ou collectivités religieuses dont relèvent les assurés, assises sur une base forfaitaire ;

3° Abrogé ;

4° Une contribution du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2 ;

5° Des recettes diverses ;

6° En tant que de besoin, une contribution de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

II. - Les taux des cotisations et les bases forfaitaires mentionnés au I sont fixés par décret, après avis du conseil d'administration de l'organisme mentionné à l'article L. 382-17.

Sur la demande des administrateurs représentant chacun des cultes, le conseil d'administration de l'organisme mentionné à l'article L. 382-17 peut répartir entre les associations, congrégations et collectivités religieuses les montants des cotisations que celles-ci doivent verser compte tenu des capacités contributives de chacune d'elles et des charges que le régime supporte de leur fait.

Article L382-26

La pension servie aux assurés atteints d'une incapacité totale ou partielle d'exercer dans les conditions prévues à l'article L. 382-24 est complétée, le cas échéant, par la majoration prévue au même article lorsque les titulaires remplissent soit au moment de la liquidation de leur droit, soit postérieurement mais avant un âge fixé par décret, les conditions d'octroi de la majoration.

Article L382-27

Les personnes qui exercent ou qui ont exercé des activités mentionnées à l'article L. 382-15 reçoivent une pension de vieillesse dans les conditions définies aux articles L. 351-1 à L. 351-1-3, au premier alinéa de l'article L. 351-2, aux 4°, 5° et 6° de l'article L. 351-3, aux articles L. 351-4, L. 351-4-1, L. 351-6, L. 351-8 à L. 351-13, L. 353-1 à L. 353-5 et L. 355-1 à L. 355-3.

Les prestations afférentes aux périodes d'assurance antérieures au 1er janvier 1998 sont indiquées dans les conditions législatives et réglementaires en vigueur au 31 décembre 1997 sous réserve d'adaptation par décret. Le minimum et le maximum mentionnés à l'article L. 721-6 dans sa rédaction antérieure au 1er janvier 1998 sont revalorisés dans les conditions prévues à l'article L. 351-11.

Article L382-28

Un décret fixe les conditions dans lesquelles la pension instituée par la présente sous-section se substitue aux allocations dues en application des régimes de prévoyance antérieurs.

Article L382-29

Les dispositions des articles L. 173-7, L. 216-1, L. 114-10, L. 217-1, L. 217-2, L. 231-5, L. 231-12, L. 243-4 à L. 243-6, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 à L. 244-11, L. 244-13, L. 244-14, L. 256-1, L. 256-3, L. 256-4, L. 272-1, L. 272-2, L. 281-3, L. 351-14-1, L. 355-2, L. 355-3, L. 114-13, L. 377-2 et L. 377-4 sont applicables, dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions de la présente section, aux personnes, collectivités ou organismes mentionnés à la présente section.

Article L382-29-1

Sont prises en compte pour l'application de l'article L. 351-14-1, dans les mêmes conditions que les périodes définies au 1^o du même article, les périodes de formation accomplies au sein de congrégations ou de collectivités religieuses ou dans des établissements de formation des ministres du culte qui précèdent l'obtention du statut défini à l'article L. 382-15 entraînant affiliation au régime des cultes.

Article L382-30

Les ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses de nationalité française, qui exercent à l'étranger et dans les territoires français d'outre-mer, peuvent adhérer au régime d'assurance vieillesse institué par la présente sous-section.

Chapitre 3 : Dispositions d'application.

Article L383-1

Des dispositions réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du livre III. Sauf disposition contraire, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 1 : Généralités - Dispositions propres à certains bénéficiaires

Chapitre 1er : Définitions : accident du travail et accident du trajet.

Article L411-1

Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.

Article L411-2

Est également considéré comme accident du travail, lorsque la victime ou ses ayants droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu à un travailleur mentionné par le présent livre, pendant le trajet d'aller et de retour, entre :

1°) la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ;

2°) le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi.

Chapitre 2 : Champ d'application - Dispositions applicables aux salariés liés par un contrat de travail temporaire et à diverses autres catégories de bénéficiaires

Section 1 : Dispositions générales relatives au champ d'application.

Article L412-1

Les dispositions du présent livre sont applicables sous réserve de celles de l'article L. 413-12 à la prévention ainsi qu'à la réparation des accidents du travail survenus et des maladies professionnelles constatées après le 31 décembre 1946 dans les professions autres que les professions agricoles.

Article L412-2

Bénéficient notamment des dispositions du présent livre, même si elles ne sont pas occupées dans l'établissement de l'employeur ou chef d'entreprise, même si elles possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail, les personnes mentionnées à l'article L. 311-3. Toutefois, les personnes mentionnées aux 10° et 17° dudit article n'en bénéficient que dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

L'employeur au sens du présent livre est celui qui est désigné au livre III.

Section 2 : Dispositions applicables aux salariés liés par un contrat de travail temporaire.

Article L412-3

Pour l'application aux entreprises de travail temporaire des dispositions de l'article L. 242-7, il est tenu compte des mesures de prévention ou de soins et des risques exceptionnels qui caractérisent les entreprises utilisatrices recourant aux services desdites entreprises de travail temporaire.

Les dispositions du présent article ne font pas obstacle à une action en remboursement de l'entreprise de travail temporaire contre l'entreprise utilisatrice, ou, inversement, de celle-ci contre l'entreprise de travail temporaire, en cas d'imposition d'une cotisation supplémentaire ou d'octroi d'une ristourne.

Article L412-4

Sans préjudice des obligations qui lui incombent à l'égard de son employeur en exécution des dispositions de l'article L. 441-1, la victime d'un accident du travail doit en informer ou en faire informer l'utilisateur.

L'utilisateur doit déclarer à l'entreprise de travail temporaire tout accident dont il a eu connaissance et dont a été victime un salarié mis à sa disposition par cette entreprise.

Pour l'application de la présente section, est considéré comme lieu de travail au sens de l'article L. 411-2, tant le ou les lieux où s'effectue la mission que le siège de l'entreprise de travail temporaire.

Article L412-5

Le recours ouvert, par le deuxième alinéa de l'article L. 471-1 du présent code, à la caisse primaire d'assurance maladie peut également être dirigé contre l'utilisateur dans le cas où ce dernier a contrevenu à l'obligation mise à sa charge par le deuxième alinéa de l'article L. 412-4.

Article L412-6

Pour l'application des articles L. 452-1 à L. 452-4, l'utilisateur, le chef de l'entreprise utilisatrice ou ceux qu'ils se sont substitués dans la direction sont regardés comme substitués dans la direction, au sens desdits articles, à l'employeur. Ce dernier demeure tenu des obligations prévues audit article sans préjudice de l'action en remboursement qu'il peut exercer contre l'auteur de la faute inexcusable.

Article L412-7

Pour l'application de l'article L. 452-5 lorsque l'accident du travail a eu pour cause une faute intentionnelle de l'utilisateur, du chef de l'entreprise utilisatrice ou de l'un de leurs préposés, ceux-ci sont substitués à l'employeur ou aux préposés de celui-ci.

Section 3 : Dispositions applicables à diverses catégories de bénéficiaires.

Article L412-8

Outre les personnes mentionnées à l'article L. 412-2, bénéficient également des dispositions du présent livre, sous réserve des prescriptions spéciales du décret en Conseil d'Etat :

1°) les délégués à la sécurité des ouvriers mineurs pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur service ;

2°) a. les étudiants ou les élèves des établissements d'enseignement technique pour les accidents

survenus au cours de cet enseignement ainsi que par le fait ou à l'occasion des stages auxquels il donne lieu ; les écoles et les cours d'enseignement commercial donnant à des élèves réguliers ou intermittents un enseignement complémentaire et de perfectionnement tel que :

commerce, sténographie, sténotypie, mécanographie, dactylographie, français commercial, correspondance commerciale, droit commercial, comptabilité, publicité, langues étrangères et autres enseignements de nature intellectuelle sont en dehors du champ d'application du présent livre ;

b. les élèves des établissements d'enseignement secondaire ou d'enseignement spécialisé et les étudiants autres que ceux qui sont mentionnés au a. ci-dessus pour les accidents survenus au cours d'enseignements dispensés en ateliers ou en laboratoires ainsi que par le fait ou à l'occasion des stages effectués dans le cadre de leur scolarité ou de leurs études ;

c. les personnes effectuant des stages de formation professionnelle continue conformément aux dispositions du livre IX du code du travail, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cette formation y compris si cette formation est effectuée par des salariés en partie hors du temps de travail dans les conditions fixées par les articles L. 932-1 et L. 932-2 du code du travail ;

d. les bénéficiaires des allocations mentionnées au 4° du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur reclassement ;

e. les bénéficiaires des allocations versées au titre de l'article L. 1233-68 du code du travail pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur reclassement ;

f. Les personnes, non mentionnées aux a et b, qui effectuent, dans un organisme public ou privé, un stage d'initiation, de formation ou de complément de formation professionnelle ne faisant pas l'objet d'un contrat de travail et n'entrant pas dans le cadre de la formation professionnelle continue telle que définie par le livre IX du code du travail ;

3°) les personnes accomplissant un stage de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle dans les conditions prévues par le présent code, les victimes menant des actions de formation professionnelle ou d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil dans les conditions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 433-1, les assurés sociaux bénéficiaires de l'article L. 324-1 ou titulaires d'une pension d'invalidité en vertu du chapitre 1er du titre IV du livre III et les personnes autres que celles appartenant aux catégories ci-dessus et qui, en vertu d'un texte législatif ou réglementaire, effectuent un stage de rééducation professionnelle dans les écoles administrées par l'office national des anciens combattants et victimes de la guerre, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de la réadaptation ou de la rééducation ;

4°) les pupilles de l'éducation surveillée, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion d'un travail commandé, dans les conditions déterminées par un décret ;

5°) les détenus exécutant un travail pénal, les condamnés exécutant un travail d'intérêt général et les personnes effectuant un travail non rémunéré dans le cadre d'une composition pénale pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de ce travail, dans les conditions déterminées par décret ;

6°) les personnes qui participent bénévolement au fonctionnement d'organismes à objet social créés en vertu ou pour l'application d'un texte législatif ou réglementaire, dans la mesure où elles ne bénéficient pas à un autre titre des dispositions du présent livre. Un décret détermine la nature des organismes mentionnés par la présente disposition ; il peut en établir la liste ;

7°) les salariés désignés, en application de l'article L. 992-8 du code du travail, pour siéger dans une

commission, un conseil ou un comité administratifs ou paritaires, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leurs missions dans les conditions définies par décret ;

8°) les personnes mentionnées à l'article 2 du décret-loi du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins pour les accidents du travail et les maladies professionnelles survenus en dehors de l'exécution du contrat d'engagement maritime ;

9°) les salariés accomplissant un stage de formation dans les conditions prévues par les articles L. 236-10, L. 434-10 et L. 451-1 du code du travail, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cette formation ;

10°) Les bénéficiaires du montant forfaitaire mentionné au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur insertion, dans des conditions déterminées par décret ;

11°) Les demandeurs d'emploi, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur participation à des actions d'aide à la création d'entreprise ou d'orientation, d'évaluation ou d'accompagnement de la recherche d'emploi dispensées ou prescrites par l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail ;

12°) Les salariés désignés, dans les conditions définies à l'article L. 225-8 du code du travail, pour siéger dans une instance instituée par une disposition législative ou réglementaire auprès d'une autorité de l'Etat pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leurs missions, dans la mesure où ils ne bénéficient pas à un autre titre des dispositions du présent article ;

13°) Les personnes ayant souscrit un service civique dans les conditions prévues aux titres Ier bis et II du livre Ier du code du service national ;

14°) Dans des conditions fixées par décret, les personnes bénéficiaires d'un appui à la création ou à la reprise d'une activité économique au titre de l'article L. 127-1 du code de commerce ;

14°) bis Les personnes mentionnées au 2 de l'article 200 octies du code général des impôts ;

15°) Les volontaires pour l'insertion mentionnés à l'article L. 130-4 du code du service national.

Les dispositions de l'article L. 434-1 du présent code ne sont pas applicables aux personnes mentionnées aux a, b et f du 2°.

Un décret précise, en tant que de besoin, les catégories d'élèves, d'étudiants et de stages ainsi que la nature des établissements mentionnés aux a. et b. du 2° ci-dessus.

En ce qui concerne les personnes mentionnées aux 1°, 2° et 3° du présent article et non assujetties aux assurances sociales en vertu du livre III ainsi que les personnes mentionnées au 13° et les personnes mentionnées au 15°, le décret en Conseil d'Etat et, pour les personnes mentionnées aux 4°, 5°, 6°, 7°, 9°, 10°, 11°, 12° et 15° des décrets prévus par ceux-ci, déterminent à qui incombent les obligations de l'employeur. Pour les personnes qui ne sont pas rémunérées ou ne reçoivent pas une rémunération normale, ils fixent les bases des cotisations et celles des indemnités.

Article L412-9

Les législations relatives aux accidents du travail des salariés du régime général de sécurité sociale et des salariés relevant du régime des assurances sociales agricoles s'appliquent aux groupements d'employeurs mentionnés au chapitre VII du titre II du livre premier du code du travail et aux

entreprises membres de ces groupements, suivant les règles spéciales prévues par les articles L. 412-3 à L. 412-7.

Les dispositions prévues au premier alinéa s'appliquent aux associations intermédiaires mentionnées à l'article L. 128 (1) du code du travail.

Chapitre 3 : Dispositions applicables aux personnes indemnisées en application de textes particuliers - Régimes distincts

Section 1 : Dispositions applicables aux assurés indemnisés en application de textes particuliers

Sous-section 1 : Accidents survenus après le 31 décembre 1946.

Article L413-1

Les victimes d'accidents survenus après le 31 décembre 1946 ou leurs ayants droit, qui ne remplissaient pas les conditions prévues par la législation applicable à la date de l'accident, mais qui auraient rempli et continuent à remplir celles qui sont requises par le présent livre ou par les dispositions nouvelles le modifiant ou le complétant, peuvent demander le bénéfice de ces dernières dispositions.

Les droits résultant des dispositions de l'alinéa précédent prennent effet, en ce qui concerne les prestations, de la date du dépôt de la demande.

Ces prestations se substituent, pour l'avenir, aux autres avantages accordés à la victime ou à ses ayants droit, pour le même accident, au titre des assurances sociales. Si l'accident a donné lieu à réparation au titre du droit commun, le montant desdites réparations, éventuellement revalorisé dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, est déduit du montant des avantages accordés à la victime ou à ses ayants droit en exécution du présent article.

Sous-section 2 : Accidents survenus ou maladies constatées avant le 1er janvier 1947.

Article L413-2

Les victimes d'accidents survenus ou de maladies constatées avant le 1er janvier 1947 dans les

professions autres que les professions agricoles, qui ne remplissaient pas les conditions fixées par la législation alors en vigueur, ou leurs ayants droit, ont droit à une allocation lorsqu'ils apportent la preuve qu'ils auraient rempli et continuent à remplir l'ensemble des conditions exigées, pour obtenir une rente, par le présent livre et les dispositions nouvelles le modifiant ou le complétant.

L'allocation ne peut être attribuée à la victime que lorsque, par suite d'un ou de plusieurs accidents du travail ou maladies professionnelles, le taux d'incapacité permanente est au moins égal à un pourcentage minimum.

Article L413-3

Le titulaire de l'allocation prévue à l'article L. 413-2, dont l'infirmité résultant de l'accident ou de la maladie nécessite un appareil de prothèse ou d'orthopédie, a droit à la fourniture, à la réparation et au renouvellement de cet appareil, selon les modalités techniques prévues en application des dispositions du présent livre.

Article L413-4

La victime d'un accident du travail survenu ou d'une maladie professionnelle constatée au cours de la période du 1er juillet 1945 au 31 décembre 1946, qui, en raison des conséquences de l'accident ou de la maladie et par suite d'une aggravation survenue postérieurement à l'expiration du délai prévu à l'article 19 de la loi du 9 avril 1898, est atteinte d'une incapacité permanente totale de travail l'obligeant à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, reçoit :

1°) s'il y a lieu, une allocation portant le montant annuel de sa rente à celui de la rente calculée sur la base du taux d'incapacité permanente totale ;

2°) une majoration calculée conformément aux dispositions de l'article L. 434-2.

Il incombe au demandeur d'apporter la preuve :

1°) de l'incapacité permanente totale si elle n'avait pas été constatée antérieurement en application de la loi du 9 avril 1898 ;

2°) du lien de cause à effet entre les conséquences de l'accident ou de la maladie et l'état de la victime ;

3°) du caractère obligatoire de l'assistance d'une tierce personne.

Article L413-5

Le conjoint survivant de la victime d'un accident du travail survenu ou d'une maladie professionnelle constatée avant le 1er janvier 1947, dont le décès, directement imputable aux conséquences de l'accident ou de la maladie, s'est produit postérieurement à l'expiration du délai prévu à l'article 19 de la loi du 9 avril 1898, reçoit une allocation lorsqu'il apporte la preuve que le décès de la victime est directement imputable aux conséquences de l'accident ou de la maladie.

L'allocation est attribuée dans les conditions fixées par les quatre premiers alinéas de l'article L. 434-8 sur la base du salaire minimum prévu à l'article L. 434-16.

Article L413-6

Les prestations accordées par application des articles L. 413-2 à L. 413-5 sont selon les cas, à la charge, soit de l'Etat employeur, soit du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole. L'Etat ou le fonds commun sont subrogés dans les droits que la victime pourrait faire valoir contre les tiers responsables.

Si l'accident ou la maladie a donné lieu à réparation, les prestations sont réduites du montant de la rente correspondant à la réparation accordée, éventuellement revalorisé dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L413-7

Les allocations et majorations accordées par application des articles L. 413-2, L. 413-4 et L. 413-5 seront affectées des coefficients de revalorisation prévus à l'article L. 434-17.

Article L413-8

Le droit aux prestations prévues aux articles L. 413-2 à L. 413-5 est constaté par une ordonnance, non susceptible d'appel, rendue par le président du tribunal de grande instance.

Article L413-9

Les dispositions des articles L. 413-2 à L. 413-8 sont applicables, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, aux personnes de nationalité française résidant en France qui apportent la preuve qu'elles se trouvent dans la situation prévue auxdits articles à la suite d'un accident survenu ou d'une maladie constatée avant le 1er juillet 1962 et consécutif à une activité exercée en Algérie.

Les dispositions du présent article sont applicables aux personnes qui, ne possédant pas la nationalité française, entrent dans les catégories prévues par les décrets pris en vertu de l'article L.

482-5 pour l'application de l'article L. 413-10.

Sous-section 3 : Accidents survenus ou maladies constatées en Algérie avant le 1er juillet 1962.

Article L413-10

Les personnes de nationalité française résidant en France et qui, à la suite d'un accident du travail survenu ou d'une maladie professionnelle constatée avant le 1er juillet 1962, sont titulaires, en application de la législation qui était en vigueur en Algérie, d'une rente ou de l'une des allocations et bonifications mentionnées respectivement aux articles 13, 14 et 26 de la loi n° 54-892 du 2 septembre 1954, reçoivent une allocation.

Cette allocation s'ajoute à la majoration de ces avantages qui leur est servie en vertu de la législation applicable en Algérie avant le 1er juillet 1962 à due concurrence des avantages qui seraient dus par application des dispositions intervenues en France depuis le 30 juin 1962 ou à intervenir en exécution de la loi n° 54-892 du 2 septembre 1954 ou des articles L. 482-1 et suivants du présent code.

Elle est, selon le cas, à la charge soit de l'Etat employeur, soit du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit du fonds commun prévu à l'article 1203 (1) du code rural.

Lorsque les personnes mentionnées au premier alinéa ci-dessus ne reçoivent pas les avantages auxquels elles peuvent prétendre en vertu de la législation applicable en Algérie avant le 1er juillet 1962, de la part de l'un des fonds communs des accidents du travail non agricole et agricole survenus en Algérie, ces avantages leur sont servis, selon le cas, soit par le fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit par le fonds commun prévu à l'article 1203 (1) du code rural.

Article L413-11

La condition de résidence en France prévue à l'article L. 413-10 s'apprécie à la date à laquelle les intéressés demandent le bénéfice des dispositions de la présente sous-section.

Sous-section 4 : Accidents survenus ou maladies constatées dans un pays autre que l'Algérie, alors placé sous la souveraineté, le protectorat ou la tutelle de la France, avant la date d'accession de ce pays à l'indépendance

Article L413-11-1

Les personnes de nationalité française résidant en France et qui, à la suite d'un accident du travail survenu ou d'une maladie professionnelle constatée dans un pays autre que l'Algérie, alors placé sous la souveraineté, le protectorat ou la tutelle de la France, avant la date d'accession de ce pays à l'indépendance, sont titulaires d'une rente servie en application de la législation qui était en vigueur dans ce pays, reçoivent une allocation.

L'allocation ne peut être attribuée à la victime que lorsque, par suite d'un ou de plusieurs accidents du travail ou maladies professionnelles, le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 10 %.

Cette allocation s'ajoute à la rente et, le cas échéant, aux majorations de la rente qui seraient prévues par la législation en vigueur dans l'Etat considéré, à due concurrence des avantages qui seraient dus, en vertu des dispositions intervenues ou à intervenir en France, si l'accident survenu ou la maladie constatée avait été régi par la législation applicable, à la date de sa survenance ou de sa première constatation médicale, sur le territoire métropolitain.

Article L413-11-2

L'allocation est à la charge du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code.

Dans la limite du montant de cette allocation, le fonds commun mentionné à l'article L. 437-1 est subrogé dans les droits du bénéficiaire à l'égard de tout débiteur de majorations de rente ou d'avantages de même nature.

Article L413-11-3

La condition de résidence en France prévue à l'article L. 413-11-1 s'apprécie à la date à laquelle les intéressés demandent le bénéfice des articles L. 413-11-1 à L. 413-11-4. L'allocation n'est plus versée dès que cette condition cesse d'être remplie.

Article L413-11-4

L'allocation est liquidée et payée par la caisse des dépôts et consignations.

Section 2 : Régimes distincts

Sous-section 1 : Pensions.

Article L413-12

Il n'est pas dérogé aux dispositions législatives et réglementaires concernant les pensions :

1°) des ouvriers, apprentis et journaliers appartenant aux ateliers de la marine ;

2°) des personnes mentionnées à l'article 2 du décret du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins ;

3°) des ouvriers immatriculés de manufactures d'armes dépendant du ministère chargé de la défense ;

4°) des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales.

Sous-section 2 : Collectivités, établissements et entreprises assurant directement la charge de la réparation.

Article L413-13

Sont maintenues les autorisations données antérieurement au 13 mai 1960 et en vertu desquelles des collectivités, établissements et entreprises assument directement la charge totale ou partielle de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Un décret détermine les conditions auxquelles est subordonné le maintien de l'autorisation et les modalités suivant lesquelles est assuré et contrôlé le service des prestations.

Sous-section 3 : Administration, services, offices et établissements publics de l'Etat autres que les établissements publics à caractère industriel ou commercial.

Article L413-14

Nonobstant toutes dispositions contraires les administrations, services, offices et établissements publics de l'Etat autres que les établissements publics à caractère industriel ou commercial versent directement à leur personnel les prestations d'accident du travail prévues au présent livre.

Il en est de même pour la SNCF et en ce qui concerne les prestations en espèces pour les entreprises soumises au statut des industries électriques et gazières.

Cependant, les établissements publics de l'Etat mentionnés au premier alinéa ci-dessus et comptant un effectif d'agents inférieur à un nombre fixé par arrêté interministériel devront affilier au régime général de sécurité sociale, pour la couverture du risque accidents du travail, ceux de leurs agents qui sont soumis aux dispositions du présent livre.

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

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 2 : Prévention

Chapitre 1er : Organisation

Section 1 : Dispositions générales.

Article L421-1

Le rôle confié aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et à la caisse nationale de l'assurance maladie dans le domaine de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles par le 2° de l'article L. 221-1 et par l'article L. 215-1 s'exerce dans le cadre de la politique de prévention définie par les autorités compétentes de l'Etat.

Article L421-2

Le conseil d'administration de chaque caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut, pour toutes questions relatives à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, déléguer la totalité ou une partie de ses pouvoirs aux comités techniques constitués par application de l'article L. 215-4.

Lorsque le conseil d'administration ne délègue pas ses pouvoirs aux comités techniques, il consulte obligatoirement ceux-ci sur toutes les questions mentionnées à l'alinéa précédent.

Chapitre 2 : Attributions des organismes

Section 1 : Attributions de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article L422-1

Sur l'initiative des comités techniques nationaux, la caisse nationale de l'assurance maladie peut provoquer, par arrêté interministériel, l'extension à l'ensemble du territoire des mesures de prévention édictées par une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, soit telles qu'elles ont été adoptées par cet organisme, soit après modifications apportées par les comités techniques nationaux compétents. Elle peut également en demander l'annulation dans les mêmes formes.

L'inobservation des dispositions générales ayant fait l'objet de l'extension prévue à l'alinéa précédent est constatée tant par les inspecteurs du travail en application de l'article L. 611-1 du code du travail que par les ingénieurs-conseils et les contrôleurs de sécurité mentionnés à l'article L. 243-11 du présent code.

Lorsque certaines de ces dispositions générales sont soumises à un délai d'exécution, ce délai est fixé par un accord entre la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail intéressée et le ou les directeurs régionaux du travail et de l'emploi du ressort de ladite caisse.

Les comités techniques nationaux effectuent toutes études sur les risques de la profession et les moyens de les prévenir et disposent à cet effet d'ingénieurs-conseils ayant les pouvoirs prévus à l'article L. 243-11 et astreints aux obligations prévues au deuxième alinéa de l'article L. 422-3.

Les conditions de rémunération de ces ingénieurs-conseils sont fixées par arrêté interministériel.

Section 2 : Attributions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.

Article L422-2

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail recueillent et groupent dans le cadre de leur circonscription et pour les diverses catégories d'établissements tous renseignements permettant d'établir les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles, en tenant compte de leurs causes et des circonstances dans lesquelles ils sont survenus, de leur fréquence et de leurs effets, notamment de la durée et de l'importance des incapacités qui en résultent. Ces statistiques sont centralisées par la caisse nationale de l'assurance maladie et communiquées annuellement aux autorités compétentes de l'Etat.

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail procèdent à l'étude de tous les problèmes de prévention qui se dégagent des renseignements qu'elles détiennent. Les résultats de ces études sont portés par elles à la connaissance de la caisse nationale de l'assurance maladie, des autorités compétentes de l'Etat et, sur leur demande, communiqués aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Article L422-3

Les caisses régionales peuvent faire procéder à toutes enquêtes qu'elles jugent utiles en ce qui concerne les conditions d'hygiène et de sécurité. Ces enquêtes sont effectuées par les ingénieurs-conseils et les contrôleurs de sécurité prévus à l'article L. 243-11.

Avant d'entrer en fonctions, ces derniers prêtent, devant le juge d'instance, serment de ne rien révéler des secrets de fabrication et, en général, des procédés et résultats d'exploitation dont ils pourraient avoir connaissance.

Les caisses régionales communiquent aux directeurs départementaux du travail et de l'emploi de leur ressort les résultats complets des enquêtes prévues au premier alinéa ainsi que les renseignements dont elles disposent en ce qui concerne les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles inhérents aux entreprises et en particulier ceux qui concernent les matières mises en oeuvre ou produits utilisés, les résultats des analyses de prélèvements opérés par les agents de ces caisses et les mesures relatives aux ambiances de travail.

Les services de l'inspection du travail et de l'inspection médicale du travail fournissent aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail les renseignements et la documentation qu'ils possèdent et dont lesdites caisses ont besoin pour procéder à l'étude de toute question relevant de leur compétence.

Article L422-4

La caisse régionale peut :

1°) inviter tout employeur à prendre toutes mesures justifiées de prévention, sauf recours de l'employeur à l'autorité compétente de l'Etat qui doit être saisie et doit se prononcer dans les délais qui sont fixés par voie réglementaire ;

2°) demander l'intervention de l'inspection du travail pour assurer l'application des mesures prévues par la législation et la réglementation du travail ;

3°) adopter des dispositions générales de prévention applicables à l'ensemble des employeurs qui, dans sa circonscription, exercent une même activité ou utilisent les mêmes types de machines ou de procédés.

Lesdites dispositions n'entrent en vigueur qu'après avoir été homologuées par les autorités compétentes de l'Etat.

Lorsque la caisse régionale impose une cotisation supplémentaire en vertu des dispositions de l'article L. 242-7 du présent code en dehors du cas d'infraction constatée en application de l'article L. 611-10 du code du travail, l'envoi d'une injonction préalable n'est pas exigé dans les circonstances suivantes :

1°) imposition découlant de la méconnaissance de dispositions générales étendues dans les

conditions prévues à l'article L. 422-1, à moins que l'arrêté d'extension n'en dispose autrement ;

1° bis) Imposition découlant d'une répétition dans un établissement dans un délai déterminé de certaines situations particulièrement graves de risque exceptionnel définies par arrêté et qui ont donné lieu à une première injonction à cet établissement ;

2°) imposition d'une cotisation supplémentaire plus élevée pour récidive dans un délai déterminé ou pour persistance, après expiration du délai imparti pour y remédier, de la situation qui a donné lieu à l'imposition de la cotisation supplémentaire.

Article L422-5

Dans une limite fixée par voie réglementaire, des avances peuvent être accordées par la caisse régionale aux entreprises qui souscrivent aux conditions de la convention d'objectifs, préalablement approuvée par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et fixant un programme d'actions de prévention spécifique à leurs branches d'activité. Ces avances pourront être acquises aux entreprises dans les conditions prévues par la convention.

La caisse mentionnée au premier alinéa peut également accorder, dans des conditions définies par arrêté, des subventions aux entreprises éligibles aux programmes de prévention définis par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou par la caisse mentionnée au premier alinéa après avis des comités techniques mentionnés respectivement aux articles L. 422-1 et L. 215-4. Ces programmes précisent les risques et les catégories d'entreprises éligibles ainsi que les montants financiers susceptibles d'être alloués. Une subvention ne peut être accordée à une entreprise que si le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, les délégués du personnel ont été informés des mesures de prévention préalablement à leur mise en œuvre.

Article L422-6

Des conventions soumises à l'avis préalable de l'autorité administrative sont conclues entre les organismes de sécurité sociale compétents et les services de santé au travail mentionnés à l'article L. 4622-7 du code du travail. Elles fixent les modalités des actions conjointes ou complémentaires conduites par les services de santé au travail et les services de prévention des risques professionnels des caisses de sécurité sociale dans le respect de leurs missions respectives. A cet effet, ces services échangent toutes informations utiles au succès de ces actions de prévention, à l'exclusion des informations personnelles relatives aux salariés, venues à la connaissance des médecins du travail.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 1er : Dispositions générales.

Article L431-1

Les prestations accordées aux bénéficiaires du présent livre comprennent :

1°) la couverture des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires, des frais liés à l'accident afférents aux produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et aux prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7, des frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier et, d'une façon générale, la prise en charge des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime. Ces prestations sont accordées qu'il y ait ou non interruption de travail ;

2°) l'indemnité journalière due à la victime pendant la période d'incapacité temporaire qui l'oblige à interrompre son travail ; lorsque la victime est pupille de l'éducation surveillée, l'indemnité journalière n'est pas due aussi longtemps que la victime le demeure sous réserve de dispositions fixées par décret en Conseil d'Etat ;

3°) les prestations autres que les rentes, dues en cas d'accident suivi de mort ;

4°) pour les victimes atteintes d'une incapacité permanente de travail, une indemnité en capital lorsque le taux de l'incapacité est inférieur à un taux déterminé, une rente au-delà et, en cas de mort, les rentes dues aux ayants droit de la victime.

La charge des prestations et indemnités prévues par le présent livre incombe aux caisses d'assurance maladie.

Article L431-2

Les droits de la victime ou de ses ayants droit aux prestations et indemnités prévues par le présent livre se prescrivent par deux ans à dater :

1°) du jour de l'accident ou de la cessation du paiement de l'indemnité journalière ;

2°) dans les cas prévus respectivement au premier alinéa de l'article L. 443-1 et à l'article L. 443-2, de la date de la première constatation par le médecin traitant de la modification survenue dans l'état de la victime, sous réserve, en cas de contestation, de l'avis émis par l'expert ou de la date de cessation du paiement de l'indemnité journalière allouée en raison de la rechute ;

3°) du jour du décès de la victime en ce qui concerne la demande en révision prévue au troisième alinéa de l'article L. 443-1 ;

4°) de la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure pour un détenu exécutant un travail pénal ou un pupille de l'éducation surveillée dans le cas où la victime n'a pas droit aux indemnités journalières.

L'action des praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs et établissements pour les prestations mentionnées à l'article L. 431-1 se prescrit par deux ans à compter soit de l'exécution de l'acte, soit de la délivrance de la fourniture, soit de la date à laquelle la victime a quitté l'établissement.

Cette prescription est également applicable, à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire, à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

Les prescriptions prévues aux trois alinéas précédents sont soumises aux règles de droit commun.

Toutefois, en cas d'accident susceptible d'entraîner la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, la prescription de deux ans opposable aux demandes d'indemnisation complémentaire visée aux articles L. 452-1 et suivants est interrompue par l'exercice de l'action pénale engagée pour les mêmes faits ou de l'action en reconnaissance du caractère professionnel de l'accident.

Article L431-3

Des avantages complémentaires peuvent être stipulés au profit des bénéficiaires du présent livre. Le service en est assuré par l'employeur ou par les institutions de prévoyance régies par le titre III du livre IX du présent code.

Chapitre 2 : Prestations en nature

Section 1 : Soins.

Article L432-1

Les caisses versent directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements, le montant des prestations fixées aux 1° et 3° de l'article L. 431-1. Toutefois, les frais de transport peuvent donner lieu à remboursement par la caisse à la victime dans les conditions prévues par le 2° de l'article L. 321-1.

Les dispositions du II et du III de l'article L. 322-2 sont applicables aux bénéficiaires du présent livre.

Article L432-2

La victime conserve le libre choix de son médecin, de son pharmacien et, le cas échéant, des auxiliaires médicaux dont l'intervention est prescrite par le médecin.

Article L432-3

Les tarifs des honoraires et frais accessoires dus par la caisse primaire d'assurance maladie aux praticiens et auxiliaires médicaux, à l'occasion des soins de toute nature, le tarif des médicaments, frais d'analyses, d'examens de laboratoire, des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et des prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 concernant les bénéficiaires du présent livre sont les tarifs applicables en matière d'assurance maladie, sous réserve des dispositions spéciales fixées par arrêté interministériel. Toutefois, les tarifs des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et délivrés en application du 1° de l'article L. 431-1 sont majorés par application d'un coefficient déterminé par arrêté dans la limite des frais réellement exposés lorsque leur prix n'est pas fixé conformément à l'article L. 165-3. Ce coefficient s'applique également à la cotation des prothèses dentaires établie dans la liste prévue à l'article L. 162-1-7.

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident prévue à l'article L. 441-5, sauf le cas de dépassement de tarif dans les conditions prévues à l'article L. 162-35 et dans la mesure de ce dépassement.

Article L432-4

La caisse primaire d'assurance maladie ne peut couvrir les frais d'hospitalisation, de traitement et, le cas échéant, de transport de la victime dans un établissement privé que si cet établissement a été autorisé dans les conditions prévues aux articles L. 162-21 et suivants.

Les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens pour soins donnés dans les établissements mentionnés à l'alinéa précédent et les tarifs d'hospitalisation sont fixés dans les conditions prévues pour l'assurance maladie.

Les victimes d'accidents du travail peuvent être soignées dans les établissements fondés par les caisses d'assurance maladie ou dans les établissements mutualistes conformément aux dispositions applicables en matière d'assurance maladie.

Article L432-4-1

En cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée fixée par décret, la caisse fait procéder périodiquement à un examen spécial conjoint de la victime par le médecin traitant et le médecin-conseil de la sécurité sociale en vue d'établir un protocole de soins. Ce protocole périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé de la victime et des avancées thérapeutiques, définit notamment les actes et prestations nécessités par le traitement de l'accident ou de la maladie professionnelle, compte tenu, le cas échéant, des recommandations établies par la Haute Autorité de santé. Ce protocole est signé par la victime.

Le service des prestations est subordonné au respect par la victime de l'obligation :

1° De se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin-conseil de la sécurité sociale, et, en cas de désaccord entre ces deux médecins, par un expert dans les conditions prévues à l'article L. 141-1 ;

2° De se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse ;

3° De s'abstenir de toute activité non autorisée ;

4° D'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation des obligations énumérées ci-dessus, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Section 3 : Réadaptation fonctionnelle, rééducation professionnelle et reclassement

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article L432-6

La victime a le droit de bénéficier d'un traitement spécial en vue de sa réadaptation fonctionnelle.

Article L432-7

Le traitement prévu à l'article précédent peut comporter l'admission dans un établissement public ou dans un établissement autorisé à cet effet dans les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 432-4. Pendant toute la période du traitement spécial en vue de la réadaptation, la victime a droit à l'indemnité journalière prévue à l'article L. 433-1.

Article L432-8

Le bénéficiaire des dispositions de l'article L. 432-7 est tenu :

1°) de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits dans les conditions prévues au présent code ou par les autorités sanitaires compétentes ;

2°) de se soumettre aux visites médicales et contrôles organisés par la caisse ;

3°) de s'abstenir de toute activité non autorisée ;

4°) d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel, sans préjudice des dispositions des articles L. 432-9 et L. 432-10.

En cas d'inobservation des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut suspendre le service de l'indemnité ou en réduire le montant, sauf recours du bénéficiaire devant les organismes du contentieux de la sécurité sociale. Dans le même cas, elle cesse d'être tenue au paiement des frais de toute nature à l'égard des praticiens ou établissements intéressés.

Article L432-9

Si, à la suite d'un accident du travail, la victime devient inapte à exercer sa profession ou ne peut le faire qu'après une nouvelle adaptation, elle a le droit, qu'elle ait ou non bénéficié de la réadaptation fonctionnelle prévue au présent code, d'être admise gratuitement dans un établissement public ou privé de rééducation professionnelle ou d'être placée chez un employeur pour y apprendre l'exercice d'une profession de son choix, sous réserve de présenter les conditions d'aptitude requises. Elle subit à cet effet un examen psychotechnique préalable.

L'indemnité journalière pour la période [*d'incapacité du travail*] mentionnée à l'article L. 433-1 ou la rente est intégralement maintenue au mutilé en rééducation. Si elle est inférieure au salaire perçu

avant l'accident ou, s'il est plus élevé, au salaire minimum de croissance, celle-ci reçoit, à défaut de rémunération pendant la durée de la rééducation, un supplément à la charge de la caisse, destiné à porter cette indemnité ou rente au montant dudit salaire.

La rente de la victime rééduquée ne peut être réduite du fait de l'exercice de la nouvelle profession.

Article L432-10

La victime d'un accident du travail bénéficie du reclassement professionnel dans les conditions prévues par la législation en vigueur.

Le décret en Conseil d'Etat qui fixe les modalités d'application de l'article L. 432-9 et du présent article détermine notamment la mesure dans laquelle la caisse primaire participe aux frais de rééducation et de reclassement.

Article L432-11

La période de rééducation professionnelle est validée pour le calcul des droits à pension vieillesse.

Chapitre 3 : Indemnisation de l'incapacité temporaire.

Article L433-1

La journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit, quel que soit le mode de paiement du salaire, est intégralement à la charge de l'employeur.

Une indemnité journalière est payée à la victime par la caisse primaire, à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation prévu à l'article L. 443-2.

L'indemnité journalière est servie en tout ou partie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant, si cette reprise est reconnue par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. La reprise d'un travail à temps complet ne fait pas obstacle au versement ultérieur de cette indemnité en cas de travail léger autorisé postérieurement par le médecin traitant, dans les mêmes conditions. Le montant total de l'indemnité servie et du salaire ne peut dépasser le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle ou, s'il est plus élevé, le salaire sur lequel a été calculée l'indemnité journalière. En cas de dépassement, l'indemnité est réduite en conséquence.

L'article L. 323-3-1 est applicable aux arrêts de travail résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

L'indemnité journalière peut être rétablie pendant le délai mentionné à l'article L. 1226-11 du code du travail lorsque la victime ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée. Le versement de l'indemnité cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie. Lorsque le salarié bénéficie d'une rente, celle-ci s'impute sur l'indemnité journalière. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa.

Le droit à l'indemnité journalière est ouvert dans les conditions définies à l'article L. 323-6.

Article L433-2

L'indemnité journalière est égale à une fraction du salaire journalier. Ce dernier n'entre en compte que dans la limite d'un pourcentage du maximum de rémunération annuelle retenu pour l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse en vertu de l'article L. 241-3.

Le délai à l'expiration duquel le taux de l'indemnité journalière est majoré ainsi que les modalités de détermination du salaire journalier de base sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

En cas d'augmentation générale des salaires postérieurement à l'accident et lorsque l'interruption de travail se prolonge au-delà d'une durée déterminée, le taux de l'indemnité journalière peut faire l'objet d'une révision.

Article L433-3

L'indemnité journalière n'est cessible et saisissable que dans les limites fixées par l'article L. 145-1 du code du travail en ce qui concerne le salaire.

Article L433-4

L'indemnité journalière n'est pas due pendant la détention à moins que la victime n'ait été admise par le juge de l'application des peines à bénéficier d'une des mesures prévues à l'article 723 du code de procédure pénale.

Chapitre 4 : Indemnisation de l'incapacité permanente

Section 1 : Victimes.

Article L434-1

Une indemnité en capital est attribuée à la victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité permanente inférieure à un pourcentage déterminé.

Son montant est fonction du taux d'incapacité de la victime et déterminé par un barème forfaitaire fixé par décret dont les montants sont revalorisés dans les conditions fixées à l'article L. 351-11. Il est révisé lorsque le taux d'incapacité de la victime augmente tout en restant inférieur à un pourcentage déterminé.

Cette indemnité est versée lorsque la décision est devenue définitive. Elle est incessible et insaisissable.

Article L434-2

Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.

Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci.

Dans le cas où l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum et oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majoré. En aucun cas, cette majoration ne peut être inférieure à un montant minimum affecté des coefficients de revalorisation fixés dans les conditions prévues à l'article L. 341-6.

En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente afférente au dernier accident. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital dans les conditions prévues à l'article L. 434-1. Le montant de la rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente.

Lorsque l'état d'invalidité apprécié conformément aux dispositions du présent article est susceptible d'ouvrir droit, si cet état relève de l'assurance invalidité, à une pension dans les conditions prévues par les articles L. 341-1 et suivants, la rente accordée à la victime en vertu du présent titre dans le cas où elle est inférieure à ladite pension d'invalidité, est portée au montant de celle-ci. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable si la victime est déjà titulaire d'une pension d'invalidité des

assurances sociales.

Article L434-3

En dehors des cas prévus aux articles L. 434-9 et L. 434-20, la pension allouée à la victime de l'accident peut être remplacée en partie par un capital mais seulement dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat et suivant un tarif fixé par arrêté ministériel.

Le capital peut être converti en rente viagère. Les conditions de cette conversion sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

La rente viagère résultant de la conversion prévue au deuxième alinéa du présent article, ainsi que la rente de réversion versée au conjoint, au partenaire d'un pacte civil de solidarité ou au concubin, sont revalorisées dans les conditions prévues à l'article L. 434-17.

Article L434-4

Le rachat ou les conversions de rente prévus à l'article L. 434-3 ne peuvent intervenir qu'après la libération définitive du détenu, victime d'un accident du travail.

Article L434-5

Le rachat ou les conversions de rente prévus à l'article L. 434-3 ne peuvent intervenir qu'à compter du jour où la victime a perdu la qualité de pupille de l'éducation surveillée.

Article L434-6

Les rentes allouées par application du présent livre se cumulent avec les pensions d'invalidité ou de retraite auxquelles peuvent avoir droit les intéressés en vertu de leur statut particulier et pour la constitution desquelles ils ont été appelés à subir une retenue sur leur traitement ou salaire. Toutefois, ce cumul est limité dans le cas où la pension d'invalidité serait allouée en raison d'infirmités ou de maladies résultant de l'accident qui a donné lieu à l'attribution de la rente, à une fraction du salaire perçu, au moment de l'accident ou de la dernière liquidation ou révision de la rente, par le travailleur valide de la catégorie à laquelle appartenait la victime. Ce salaire est affecté des coefficients mentionnés à l'article L. 434-17.

En aucun cas, l'ensemble des indemnités allouées en application du présent article ne peut être inférieur au montant de la rente qui aurait été servie en vertu de l'article L. 434-2 *minimum*.

Section 2 : Ayants droit.

Article L434-7

En cas d'accident suivi de mort, une pension est servie, à partir du décès, aux personnes et dans les conditions mentionnées aux articles suivants.

Article L434-8

Sous réserve des dispositions des alinéas suivants, le conjoint ou le concubin ou la personne liée par un pacte civil de solidarité a droit à une rente viagère égale à une fraction du salaire annuel de la victime, à condition que le mariage ait été contracté, le pacte civil de solidarité conclu ou la situation de concubinage établie antérieurement à l'accident ou, à défaut, qu'ils l'aient été depuis une durée déterminée à la date du décès. Toutefois, ces conditions ne sont pas exigées si les époux, les concubins ou les partenaires du pacte civil de solidarité ont eu un ou plusieurs enfants.

Lorsqu'il y a eu séparation de corps ou divorce, le conjoint ou l'ex-conjoint survivant n'a droit à la rente viagère que s'il a obtenu une pension alimentaire. La rente viagère, ramenée au montant de ladite pension, ne peut dépasser une fraction du salaire annuel de la victime inférieure à celle qui est prévue en l'absence de divorce ou de séparation de corps.

En cas de rupture ou de dissolution du pacte civil de solidarité, l'ex-partenaire de la victime décédée n'a droit à la rente que s'il bénéficiait d'une aide financière de cette dernière à la date du décès. Cette rente est calculée selon les modalités prévues à la seconde phrase du deuxième alinéa et sa durée de versement est limitée à celle du versement de l'aide financière.

S'il existe un nouveau conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin de la victime, la rente viagère à laquelle il a droit ne peut être inférieure à un minimum.

Le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin, condamné pour abandon de famille est déchu de tous ses droits au regard du présent livre. Il en est de même pour celui qui a été déchu totalement de l'exercice de l'autorité parentale, sauf, dans ce dernier cas, à être réintégré dans ses droits s'il vient à être restitué dans l'autorité parentale. Les droits du conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin, déchu sont transférés sur la tête des enfants et descendants mentionnés à l'article L. 434-10. Il en est de même pour le partenaire d'un pacte civil de solidarité condamné pour non-paiement de l'aide financière en cas de dissolution du pacte, lorsque cette aide a été prévue par les partenaires.

Sous réserve des dispositions de l'article suivant, le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin survivant a droit à un complément de rente égal à une fraction du salaire annuel de la victime lorsqu'il atteint un âge déterminé ou, avant cet âge, aussi longtemps qu'il est atteint d'une incapacité de travail générale. Le pourcentage minimal et la durée minimale de cette incapacité sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Article L434-9

En cas de nouveau mariage, pacte civil de solidarité ou concubinage, le conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin de la victime décédée cesse d'avoir droit à la rente. Il lui est alloué, dans ce cas, une somme égale aux arrrages de la rente calculée selon le taux en vigueur et

afférents à une période déterminée, à la date du mariage, de la déclaration au greffe du tribunal d'instance du pacte civil de solidarité ou d'établissement du concubinage.

Toutefois, si le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin de la victime décédée a des enfants pour lesquels un lien de filiation est établi à l'égard de la victime décédée, il conserve le droit à la rente, dont le rachat sera différé, aussi longtemps que l'un d'eux bénéficie lui-même d'une rente d'orphelin en application de l'article L. 434-10.

En cas de séparation de corps, de divorce ou de nouveau veuvage, de rupture ou de dissolution du pacte civil de solidarité ou de cessation du concubinage, le conjoint survivant, le partenaire ou le concubin survivant recouvre son droit à la rente, sous les réserves suivantes :

1°) si le rétablissement de la rente prend effet avant l'expiration de la période mentionnée au premier alinéa du présent article, cette rente est diminuée du montant de la somme déjà attribuée, en application du même alinéa, au titre de la partie restant à courir de ladite période ;

2°) S'il reçoit, en raison d'un nouveau décès, une rente, pension ou allocation, en application d'une des dispositions du présent code, de l'un des régimes prévus à l'article L. 711-1 ou à l'article L. 413-12 ou de l'une des dispositions du code rural et de la pêche maritime ou s'il reçoit, en raison d'une séparation de corps ou d'un divorce, une pension alimentaire ou une aide financière en cas de dissolution du pacte civil de solidarité, le montant de l'avantage dont il bénéficie s'impute sur celui de la rente de conjoint survivant.

Article L434-10

Les enfants dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie ont droit à une rente jusqu'à un âge limite. Cette limite d'âge peut être relevée pour les enfants qui sont placés en apprentissage, qui poursuivent leurs études, qui sont à la recherche d'une première activité professionnelle et inscrits comme demandeurs d'emploi à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail, ou qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié.

La rente est égale à une fraction du salaire annuel de la victime plus importante lorsque les enfants sont orphelins de père et de mère au moment du décès, ou le deviennent postérieurement, que lorsque le père ou la mère vit encore. Cette rente croît avec le nombre des enfants bénéficiaires.

Les rentes allouées sont collectives et réduites au fur et à mesure que les orphelins atteignent la limite d'âge qui leur est applicable.

S'il y a des enfants de plusieurs lits, chaque catégorie est traitée distinctement au regard des dispositions qui précèdent.

Les autres descendants de la victime et les enfants recueillis par elle, si les uns et les autres sont privés de leurs soutiens naturels et tombés de ce fait à sa charge, bénéficient des mêmes avantages que les enfants mentionnés aux précédents alinéas.

Article L434-11

La rente prévue à l'article L. 434-10, est versée au père ou à la mère, au tuteur ou à la personne ayant la garde de l'enfant.

Article L434-12

Dans le cadre de la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial prévue à l'article 375-9-1 du code civil, le juge peut décider que le délégué aux prestations familiales percevra la rente prévue à l'article L. 434-10.

Les frais liés à cette mesure sont pris en charge dans les conditions prévues au second alinéa de l'article L. 552-6.

Article L434-13

Chacun des ascendants reçoit une rente viagère égale à une fraction du salaire annuel de la victime, s'il rapporte la preuve :

1°) dans le cas où la victime n'avait ni conjoint ni partenaire d'un pacte civil de solidarité ni concubin, ni enfant dans les termes des dispositions qui précèdent, qu'il aurait pu obtenir de la victime une pension alimentaire ;

2°) dans le cas où la victime avait conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité, concubin ou enfant, qu'il était à la charge de la victime.

La condition prévue doit être remplie soit à la date de l'accident, soit, si cela est plus favorable, à la date du décès de la victime.

Le bénéfice des présentes dispositions ne peut être accordé à l'ascendant qui a été reconnu coupable d'abandon de famille ou qui a été déchu totalement de l'autorité parentale.

Article L434-14

Le total des rentes allouées en application de l'article L. 434-13 ne peut dépasser une fraction du salaire annuel d'après lequel elles ont été établies. Si cette quotité est dépassée, la rente de chacun des ascendants sera réduite proportionnellement.

Le total des rentes allouées en application du présent article à l'ensemble des ayants droit de la victime ne peut dépasser une fraction du salaire annuel d'après lequel elles ont été établies. Si leur total dépasse cette quotité, les rentes revenant à chaque catégorie d'ayants droit feront l'objet d'une réduction proportionnelle.

Section 3 : Dispositions communes

Sous-section 2 : Calcul de la rente.

Article L434-15

Les rentes dues aux victimes atteintes d'une incapacité permanente égale ou supérieure à un taux minimum ou, en cas de mort, à leurs ayants droit, sont calculées d'après le salaire annuel de la victime.

Le salaire servant de base au calcul de la rente est déterminé suivant les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L434-16

La rente due aux ayants droit de la victime d'un accident mortel ou à la victime d'un accident ayant occasionné une réduction de capacité égale ou supérieure à un taux minimum ne peut être calculée sur un salaire annuel inférieur à un minimum déterminé d'après les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité par les arrêtés pris en application de l'article L. 341-6 compte tenu des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 434-2.

Dans tous les cas où l'article L. 434-2 et les articles L. 434-7 et suivants déterminent en fonction du salaire annuel une rente individuelle ou collective, ou la limite assignée à l'ensemble des rentes dues aux ayants droit de la victime, le salaire annuel est le salaire réduit, le cas échéant, par application de l'alinéa suivant.

Lorsqu'il s'agit de la victime de l'accident, quelle que soit la réduction de capacité subie, si son salaire annuel est supérieur au salaire minimum déterminé à l'alinéa précédent, le calcul de la rente est effectué selon une formule dégressive dont les modalités sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat.

Article L434-17

Les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité en application de l'article L. 341-6 sont applicables aux rentes mentionnées à l'article L. 434-15 et allouées en réparation d'accidents antérieurs à la date fixée par lesdits arrêtés.

Sous-section 4 : Entrée en jouissance et service de la rente.

Article L434-18

Les rentes servies en vertu du présent livre sont incessibles et insaisissables.

Article L434-19

En ce qui concerne les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, les dispositions de l'article 612 du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 relatives aux paiements des rentes demeurent applicables. Un décret fixe s'il y a lieu les dispositions transitoires.

Sous-section 5 : Travailleurs étrangers.

Article L434-20

Les travailleurs étrangers victimes d'accidents qui cessent de résider sur le territoire français reçoivent pour toute indemnité un capital égal à un multiple du montant annuel de leur rente.

Il en est de même pour les ayants droit étrangers cessant de résider sur le territoire français, sans toutefois que le capital puisse alors dépasser la valeur de la rente d'après le tarif résultant du présent code.

Les ayants droit étrangers d'un travailleur étranger ne reçoivent aucune indemnité si, au moment de l'accident, ils ne résident pas sur le territoire français.

Les dispositions des trois alinéas précédents peuvent toutefois être modifiées par traités ou par conventions internationales, dans la limite des indemnités prévues au présent livre.

Section 4 : Dispositions d'application.

Article L434-21

Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 434-4 et L. 434-5.

Chapitre 5 : Frais funéraires.

Article L435-1

En cas d'accident suivi de mort, les frais funéraires sont payés par la caisse primaire d'assurance maladie dans la limite des frais exposés et sans que leur montant puisse excéder un maximum fixé par arrêté interministériel.

Article L435-2

La caisse primaire d'assurance maladie supporte les frais de transport du corps au lieu de sépulture en France demandé par la famille dans la mesure où ces frais se trouvent soit exposés en totalité, soit augmentés du fait que la victime a quitté sa résidence à la sollicitation de son employeur pour être embauchée, ou que le décès s'est produit au cours d'un déplacement pour son travail hors de sa résidence. Lesdits frais de transport sont établis dans des conditions fixées par décret.

Chapitre 6 : Dispositions communes aux prestations en espèces.

Article L436-1

Tout retard injustifié apporté au paiement soit de l'indemnité journalière, soit de l'indemnité en capital, soit des rentes, ouvre aux créanciers droit à une astreinte prononcée par la juridiction compétente.

Le délai à partir duquel l'astreinte peut être prononcée ainsi que la périodicité et le taux de celle-ci sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre 7 : Fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole.

Article L437-1

La réparation des accidents régis par le présent livre est supportée intégralement par les caisses primaires d'assurance maladie sans donner lieu à intervention du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole.

La couverture des charges qui incombent au fonds commun susmentionné est assurée par la caisse nationale de l'assurance maladie avec le concours des employeurs autres que l'Etat, assumant directement en vertu de la législation antérieure au 13 mai 1960 la charge totale ou partielle de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. La contribution de ces derniers est calculée et versée dans les conditions et suivant les modalités fixées par arrêté ministériel.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 4 : Procédures, révision, rechute, accidents survenus hors du territoire métropolitain

Chapitre 1er : Déclarations et formalités

Section 1 : Dispositions générales.

Article L441-1

La victime d'un accident du travail doit, dans un délai déterminé, sauf le cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes, en informer ou en faire informer l'employeur ou l'un de ses préposés.

Article L441-2

L'employeur ou l'un de ses préposés doit déclarer tout accident dont il a eu connaissance à la caisse primaire d'assurance maladie dont relève la victime selon des modalités et dans un délai déterminés.

La déclaration à la caisse peut être faite par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de la deuxième année qui suit l'accident.

Article L441-3

Dès qu'elle a eu connaissance d'un accident du travail par quelque moyen que ce soit, la caisse primaire d'assurance maladie est tenue de faire procéder aux constatations nécessaires.

Avis de l'accident est donné immédiatement par la caisse à l'inspecteur du travail chargé de la surveillance de l'entreprise ou au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une

législation spéciale.

Article L441-4

La caisse régionale peut autoriser un employeur à remplacer la déclaration des accidents n'entraînant ni arrêt de travail, ni soins médicaux par une inscription sur un registre ouvert à cet effet. Un décret fixe les conditions d'application de cet article et notamment les critères d'attribution de l'autorisation et de son retrait ainsi que les modalités de l'inscription.

L'employeur est tenu d'en aviser le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Ce registre est tenu à la disposition des agents de contrôle des caisses, de l'autorité compétente de l'Etat et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Lorsqu'un accident ayant fait l'objet d'une simple inscription sur un registre entraîne ultérieurement un arrêt de travail ou des soins médicaux, l'employeur est tenu d'adresser à la caisse primaire dont relève la victime la déclaration prévue à l'article L. 441-2 dans un délai déterminé.

Article L441-5

L'employeur est tenu de délivrer une feuille d'accident nécessaire à l'indemnisation au titre du présent livre.

Les modalités de délivrance et d'utilisation de ce document sont fixées par un décret en Conseil d'Etat.

Article L441-6

Le praticien établit, en double exemplaire, un certificat indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles, en particulier la durée probable de l'incapacité de travail, si les conséquences ne sont pas exactement connues. Il adresse directement un de ces certificats à la caisse primaire et remet le second à la victime.

Lors de la guérison de la blessure sans incapacité permanente ou, s'il y a incapacité permanente, au moment de la consolidation, un certificat médical indiquant les conséquences définitives, si elles n'avaient pu être antérieurement constatées, est établi en double exemplaire. L'un des certificats est adressé par les soins du praticien à la caisse primaire, le second est remis à la victime, ainsi que toutes les pièces ayant servi à l'établissement dudit certificat.

Hormis les cas d'urgence, faute pour le praticien de se conformer aux dispositions qui précèdent, la caisse et la victime ou ses ayants droit, dans le cas prévu au deuxième alinéa de l'article L. 432-3, ne sont pas tenus pour responsables des honoraires.

Chapitre 2 : Expertises - Contrôles - Dispositions diverses

Section 1 : Expertises.

Article L442-4

La caisse doit, si les ayants droit de la victime le sollicitent ou avec leur accord si elle l'estime elle-même utile à la manifestation de la vérité, demander au tribunal d'instance dans le ressort duquel l'accident s'est produit de faire procéder à l'autopsie dans les conditions prévues aux articles 232 et suivants du code de procédure civile. Si les ayants droit de la victime s'opposent à ce qu'il soit procédé à l'autopsie demandée par la caisse, il leur incombe d'apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et le décès.

Section 2 : Contrôle médical et contrôle administratif.

Article L442-5

Les articles L. 315-1 et L. 315-2 sont applicables aux accidents du travail.

Section 3 : Dispositions diverses.

Article L442-6

La caisse primaire fixe la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure d'après l'avis du médecin traitant ou, en cas de désaccord, d'après l'avis émis par l'expert.

Article L442-7

Les dispositions des articles L. 145-1 et L. 145-4 sont étendues aux soins dispensés aux victimes d'accidents du travail.

Article L442-8

Les frais de déplacement de la victime ou de ses ayants droit, qui doivent répondre à la convocation du médecin-conseil ou se soumettre à une expertise, à un contrôle ou à un traitement en vertu du présent livre, sont à la charge de la caisse primaire d'assurance maladie. Ils sont payés selon le tarif prévu par l'article L. 322-5.

Les honoraires dus, dans les cas mentionnés au premier alinéa du présent article, au médecin traitant, au médecin-expert ou au médecin spécialiste, ainsi que leurs frais de déplacement sont supportés dans les mêmes conditions selon un tarif fixé par décret en Conseil d'Etat.

La juridiction compétente peut mettre à la charge de la victime ou de ses ayants droit tout ou partie des honoraires et frais correspondant aux examens et expertises prescrits à leur requête, lorsque leur contestation est reconnue manifestement abusive.

Chapitre 3 : Révision - Rechute.

Article L443-1

Sous réserve des dispositions du deuxième alinéa du présent article, toute modification dans l'état de la victime, dont la première constatation médicale est postérieure à la date de guérison apparente ou de consolidation de la blessure, peut donner lieu à une nouvelle fixation des réparations.

Cette nouvelle fixation peut avoir lieu à tout moment pendant un délai déterminé qui suit la date de guérison ou de consolidation de la blessure. Après l'expiration de ce délai, une nouvelle fixation des réparations allouées ne peut être faite qu'à des intervalles dont la durée ne peut être inférieure à un délai fixé dans les mêmes conditions. Ces délais subsistent même si un traitement médical est ordonné. Les intervalles peuvent être diminués de commun accord.

En cas de décès de la victime par suite des conséquences de l'accident, une nouvelle fixation des réparations allouées peut être demandée par les ayants droit de la victime, tels qu'ils sont désignés aux articles L. 434-7 et suivants.

Dans le cas où la victime avait été admise au bénéfice des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 434-2 et, à la date de son décès, avait été titulaire, pendant au moins une durée fixée par décret, de la majoration pour assistance d'une tierce personne, le décès est présumé résulter des conséquences de l'accident pour l'appréciation de la demande de l'ayant droit qui justifie avoir apporté effectivement cette assistance à la victime pendant la même durée. A défaut pour la caisse, d'apporter la preuve contraire, l'imputabilité du décès à l'accident est réputée établie à l'égard de l'ensemble des ayants droit.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article en ce qui concerne, notamment, le contrôle médical auquel la victime est tenue de se soumettre et les déchéances qui peuvent lui être appliquées en cas de refus.

Article L443-2

Si l'aggravation de la lésion entraîne pour la victime la nécessité d'un traitement médical, qu'il y ait ou non nouvelle incapacité temporaire, la caisse primaire d'assurance maladie statue sur la prise en charge de la rechute.

Chapitre 4 : Accidents survenus hors du territoire métropolitain et des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article L444-1

Un décret en Conseil d'Etat détermine les dispositions particulières applicables aux accidents survenus hors du territoire métropolitain et des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 5 : Faute de l'assuré ou d'un tiers

Chapitre 1er : Dispositions générales.

Article L451-1

Sous réserve des dispositions prévues aux articles L. 452-1 à L. 452-5, L. 454-1, L. 455-1, L. 455-1-1 et L. 455-2 aucune action en réparation des accidents et maladies mentionnés par le présent livre ne peut être exercée conformément au droit commun, par la victime ou ses ayants droit.

Chapitre 2 : Faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur.

Article L452-1

Lorsque l'accident est dû à la faute inexcusable de l'employeur ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, la victime ou ses ayants droit ont droit à une indemnisation complémentaire dans les conditions définies aux articles suivants.

Article L452-2

Dans le cas mentionné à l'article précédent, la victime ou ses ayants droit reçoivent une majoration des indemnités qui leur sont dues en vertu du présent livre.

Lorsqu'une indemnité en capital a été attribuée à la victime, le montant de la majoration ne peut dépasser le montant de ladite indemnité.

Lorsqu'une rente a été attribuée à la victime, le montant de la majoration est fixé de telle sorte que la rente majorée allouée à la victime ne puisse excéder, soit la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité, soit le montant de ce salaire dans le cas d'incapacité totale.

En cas d'accident suivi de mort, le montant de la majoration est fixé sans que le total des rentes et des majorations servies à l'ensemble des ayants droit puisse dépasser le montant du salaire annuel ; lorsque la rente d'un ayant droit cesse d'être due, le montant de la majoration correspondant à la ou aux dernières rentes servies est ajusté de façon à maintenir le montant global des rentes majorées tel qu'il avait été fixé initialement ; dans le cas où le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin survivant recouvre son droit à la rente en application du troisième alinéa de l'article L. 434-9, la majoration dont il bénéficiait est rétablie à son profit.

Le salaire annuel et la majoration visée au troisième et au quatrième alinéa du présent article sont soumis à la revalorisation prévue pour les rentes par l'article L. 434-17.

La majoration est payée par la caisse, qui en récupère le montant par l'imposition d'une cotisation complémentaire dont le taux et la durée sont fixés par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail sur la proposition de la caisse primaire, en accord avec l'employeur, sauf recours devant la juridiction de la sécurité sociale compétente.

La cotisation complémentaire ainsi prévue ne peut être perçue au-delà d'une certaine durée et son taux excéder ni une fraction de la cotisation normale de l'employeur, ni une fraction des salaires servant de base à cette cotisation.

Dans le cas de cession ou de cessation de l'entreprise, le capital correspondant aux arrérages à échoir est immédiatement exigible.

Article L452-3

Indépendamment de la majoration de rente qu'elle reçoit en vertu de l'article précédent, la victime a le droit de demander à l'employeur devant la juridiction de sécurité sociale la réparation du préjudice causé par les souffrances physiques et morales par elle endurées, de ses préjudices esthétiques et d'agrément ainsi que celle du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle. Si la victime est atteinte d'un taux d'incapacité permanente de 100 %, il lui est alloué, en outre, une indemnité forfaitaire égale au montant du salaire minimum légal en vigueur à la date de consolidation.

De même, en cas d'accident suivi de mort, les ayants droit de la victime mentionnés aux articles L. 434-7 et suivants ainsi que les ascendants et descendants qui n'ont pas droit à une rente en vertu desdits articles, peuvent demander à l'employeur réparation du préjudice moral devant la juridiction précitée.

La réparation de ces préjudices est versée directement aux bénéficiaires par la caisse qui en récupère le montant auprès de l'employeur.

Article L452-4

A défaut d'accord amiable entre la caisse et la victime ou ses ayants droit d'une part, et l'employeur d'autre part, sur l'existence de la faute inexcusable reprochée à ce dernier, ainsi que sur le montant de la majoration et des indemnités mentionnées à l'article L. 452-3, il appartient à la juridiction de la sécurité sociale compétente, saisie par la victime ou ses ayants droit ou par la caisse primaire

d'assurance maladie, d'en décider. La victime ou ses ayants droit doivent appeler la caisse en déclaration de jugement commun ou réciproquement.

L'auteur de la faute inexcusable est responsable sur son patrimoine personnel des conséquences de celle-ci.

L'employeur peut s'assurer contre les conséquences financières de sa propre faute inexcusable ou de la faute de ceux qu'il s'est substitués dans la direction de l'entreprise ou de l'établissement.

Des actions de prévention appropriées sont organisées dans des conditions fixées par décret, après consultation des organisations représentatives des employeurs et des salariés.

Lorsque l'accident est dû à la faute inexcusable d'un employeur garanti par une assurance à ce titre, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut imposer à l'employeur la cotisation supplémentaire mentionnée à l'article L. 242-7. Le produit en est affecté au fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Le paiement des cotisations complémentaires prévues à l'article L. 452-2 et, au cas de cession ou de cessation de l'entreprise, le paiement du capital mentionné au même article sont garantis par privilège dans les conditions et au rang fixés par les articles L. 243-4 et L. 243-5.

Article L452-5

Si l'accident est dû à la faute intentionnelle de l'employeur ou de l'un de ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.

Les caisses primaires d'assurance maladie sont tenues de servir à la victime ou à ses ayants droit les prestations et indemnités mentionnées par le présent livre. Elles sont admises de plein droit à intenter contre l'auteur de l'accident une action en remboursement des sommes payées par elles.

Si des réparations supplémentaires mises à la charge de l'auteur responsable de l'accident, en application du présent article, sont accordées sous forme de rentes, celles-ci doivent être constituées par le débiteur dans les deux mois de la décision définitive ou de l'accord des parties à la caisse nationale de prévoyance suivant le tarif résultant du présent code.

Dans le cas prévu au présent article, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut imposer à l'employeur la cotisation supplémentaire mentionnée à l'article L. 242-7.

Chapitre 3 : Faute inexcusable ou intentionnelle de la victime.

Article L453-1

Ne donne lieu à aucune prestation ou indemnité, en vertu du présent livre, l'accident résultant de la faute intentionnelle de la victime. Celle-ci peut éventuellement prétendre aux prestations dans les conditions prévues au livre III sous réserve des dispositions de l'article L. 375-1.

Lors de la fixation de la rente, le conseil d'administration de la caisse ou le comité ayant reçu délégation à cet effet peut, s'il estime que l'accident est dû à une faute inexcusable de la victime, diminuer la rente prévue au titre III du présent livre, sauf recours du bénéficiaire devant la juridiction compétente.

Lorsque l'accident a été causé intentionnellement par un des ayants droit de la victime mentionnés aux articles L. 434-7 et suivants, celui-ci est déchu de tous ses droits au regard du présent livre. Ces droits sont transférés sur la tête des enfants et descendants mentionnés à l'article L. 434-10, ou, à défaut, sur la tête des autres ayants droit.

Chapitre 4 : Faute d'un tiers.

Article L454-1

Si la lésion dont est atteint l'assuré social est imputable à une personne autre que l'employeur ou ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.

Les caisses primaires d'assurance maladie sont tenues de servir à la victime ou à ses ayants droit les prestations et indemnités prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident, dans les conditions ci-après ; ce recours est également ouvert à l'Etat et aux institutions privées, lorsque la victime est pupille de l'éducation surveillée, dans les conditions définies par décret.

Si la responsabilité du tiers auteur de l'accident est entière ou si elle est partagée avec la victime, la caisse est admise à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable. Une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés et la

Caisse centrale de la mutualité sociale agricole avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en oeuvre de cette procédure.

La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret.

Si la responsabilité du tiers est partagée avec l'employeur, la caisse ne peut poursuivre un remboursement que dans la mesure où les indemnités dues par elle en vertu du présent livre dépassent celles qui auraient été mises à la charge de l'employeur en vertu du droit commun.

Dans le cas où les rentes prévues au 4° de l'article L. 431-1 sont inférieures à la réparation de même nature due à la victime ou à ses ayants droit par application des dispositions du présent article, les rentes supplémentaires peuvent être allouées sous forme de capital. Celles qui ne seraient pas allouées en capital doivent, dans les deux mois de la décision définitive ou de l'accord des parties, être constituées par le débiteur à la caisse nationale de prévoyance suivant le tarif résultant du présent code.

En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement mentionné au troisième alinéa ci-dessus, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable et au profit du fonds national des accidents du travail de l'organisme national d'assurance maladie. Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites d'un montant maximum de 910 euros et d'un montant minimum de 91 euros. A compter du 1er janvier 2007, les montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée.

Cette indemnité est établie et recouvrée par la caisse selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre 3 du titre III et aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.

Lorsque l'assuré victime de l'accident est affilié au régime agricole, l'indemnité est recouvrée selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime.

Article L454-2

La caisse d'assurance maladie de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur.

L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa du présent article ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre des recours subrogatoires prévus aux articles L. 454-1, L. 455-1 et L. 455-1-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement

obtenu.

Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au cinquième alinéa de l'article L. 454-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.

La contestation de la décision de la caisse d'assurance maladie relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

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

Chapitre 5 : Dispositions diverses.

Article L455-1

Si l'accident dont le travailleur est victime dans les conditions prévues à l'article L. 411-2 est causé par l'employeur ou ses préposés ou, plus généralement, par une personne appartenant à la même entreprise que la victime, il est fait application, à l'encontre de l'auteur responsable de l'accident, des dispositions des articles L. 454-1 et L. 455-2.

Article L455-1-1

La victime, ou ses ayants droit et la caisse peuvent se prévaloir des dispositions des articles L. 454-1 et L. 455-2 lorsque l'accident défini à l'article L. 411-1 survient sur une voie ouverte à la circulation publique et implique un véhicule terrestre à moteur conduit par l'employeur, un préposé ou une personne appartenant à la même entreprise que la victime.

La réparation complémentaire prévue au premier alinéa est régie par les dispositions de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation.

Article L455-2

Si des poursuites pénales sont exercées dans les cas prévus aux articles L. 452-1 à L. 452-5, L. 453-1 et L. 454-1, les pièces de procédure sont communiquées à la victime ou à ses ayants-droit. Le même droit appartient à l'employeur et à la caisse.

Dans le cas prévu aux articles L. 452-1 à L. 452-4, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail doit communiquer à la victime ou à ses ayants droit, sur leur demande, les résultats complets de l'enquête ainsi que tous les renseignements dont elle dispose.

Dans les cas prévus aux articles L. 452-1 à L. 452-5, L. 453-1 et L. 454-1, la victimes ou ses ayants droit doivent appeler la caisse en déclaration de jugement commun ou réciproquement. A défaut, la

nullité du jugement sur le fond peut être demandée pendant deux ans à compter de la date à laquelle le jugement est devenu définitif soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y ont intérêt.

La victime est admise à faire valoir les droits résultant pour elle de l'action en indemnité formée conformément aux articles L. 452-5 et L. 454-1 par priorité sur les caisses en ce qui concerne son action en remboursement.

Article L455-3

La victime d'un accident du travail, qui le demande, a droit d'obtenir communication du rapport d'enquête que peut établir la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail sur ledit accident, sans que des motifs tirés du secret de la vie privée ou du secret en matière industrielle et commerciale, portant exclusivement sur des faits qui lui sont personnels, puissent lui être opposés.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 6 : Dispositions concernant les maladies professionnelles.

Article L461-1

Les dispositions du présent livre sont applicables aux maladies d'origine professionnelle sous réserve des dispositions du présent titre. En ce qui concerne les maladies professionnelles, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle est assimilée à la date de l'accident.

Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.

Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime.

Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé.

Dans les cas mentionnés aux deux alinéas précédents, la caisse primaire reconnaît l'origine professionnelle de la maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. La composition, le fonctionnement et le ressort territorial de ce comité ainsi que les éléments du dossier au vu duquel il rend son avis sont fixés par décret. L'avis du comité s'impose à la caisse dans les mêmes conditions que celles fixées à l'article L. 315-1.

Article L461-2

Des tableaux annexés aux décrets énumèrent les manifestations morbides d'intoxications aiguës ou chroniques présentées par les travailleurs exposés d'une façon habituelle à l'action des agents nocifs

mentionnés par lesdits tableaux, qui donnent, à titre indicatif, la liste des principaux travaux comportant la manipulation ou l'emploi de ces agents. Ces manifestations morbides sont présumées d'origine professionnelle.

Des tableaux spéciaux énumèrent les infections microbiennes mentionnées qui sont présumées avoir une origine professionnelle lorsque les victimes ont été occupées d'une façon habituelle aux travaux limitativement énumérés par ces tableaux.

D'autres tableaux peuvent déterminer des affections présumées résulter d'une ambiance ou d'attitudes particulières nécessitées par l'exécution des travaux limitativement énumérés.

Les tableaux mentionnés aux alinéas précédents peuvent être révisés et complétés par des décrets, après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Chaque décret fixe la date à partir de laquelle sont exécutées les modifications et adjonctions qu'il apporte aux tableaux. Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 461-1, ces modifications et adjonctions sont applicables aux victimes dont la maladie a fait l'objet d'un certificat médical indiquant un lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle entre la date prévue à l'article L. 412-1 et la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau, sans que les prestations, indemnités et rentes ainsi accordées puissent avoir effet antérieur à cette entrée en vigueur. Ces prestations, indemnités et rentes se substituent pour l'avenir aux autres avantages accordés à la victime pour la même maladie au titre des assurances sociales. En outre, il sera tenu compte, s'il y a lieu, du montant éventuellement revalorisé, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, des réparations accordées au titre du droit commun.

A partir de la date à laquelle un travailleur a cessé d'être exposé à l'action des agents nocifs inscrits aux tableaux susmentionnés, la caisse primaire et la caisse régionale ne prennent en charge, en vertu des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 461-1, les maladies correspondant à ces travaux que si la première constatation médicale intervient pendant le délai fixé à chaque tableau.

Article L461-3

Les dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 461-2 dans la mesure où elles dérogent aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 461-1, sont applicables exclusivement aux maladies faisant l'objet de tableaux publiés postérieurement au 30 novembre 1955.

Les prestations, indemnités et rentes éventuellement allouées se substituent aux avantages accordés à la victime pour la même maladie au titre des assurances sociales. En outre, il est tenu compte, s'il y a lieu, des réparations accordées au titre du droit commun.

Article L461-4

Tout employeur qui utilise des procédés de travail susceptibles de provoquer les maladies professionnelles mentionnées à l'article L. 461-2 est tenu, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, d'en faire la déclaration à la caisse primaire d'assurance maladie et à l'inspecteur du travail ou au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.

Le défaut de déclaration peut être constaté par l'inspecteur du travail ou par le fonctionnaire susmentionnés, qui doit en informer la caisse primaire.

Article L461-5

Toute maladie professionnelle dont la réparation est demandée en vertu du présent livre doit être, par les soins de la victime, déclarée à la caisse primaire dans un délai déterminé, même si elle a déjà été portée à la connaissance de la caisse en application de l'article L. 321-2.

Dans le cas prévu au quatrième alinéa de l'article L. 461-2, il est fixé un délai plus long courant à compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau annexé au décret.

Le praticien établit en triple exemplaire et remet à la victime un certificat indiquant la nature de la maladie, notamment les manifestations mentionnées aux tableaux et constatées ainsi que les suites probables. Deux exemplaires du certificat doivent compléter la déclaration mentionnée au premier alinéa dont la forme a été déterminée par arrêté ministériel.

Une copie de cette déclaration et un exemplaire du certificat médical sont transmis immédiatement par la caisse primaire à l'inspecteur du travail chargé de la surveillance de l'entreprise ou, s'il y a lieu, au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.

Sans préjudice des dispositions du premier alinéa de l'article L. 461-1, le délai de prescription prévu à l'article L. 431-2 court à compter de la cessation du travail.

Article L461-6

En vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux, est obligatoire, pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté interministériel, après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels.

Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel.

La déclaration prévue aux deux alinéas précédents est établie et transmise selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Article L461-7

Des décrets peuvent prévoir des dispositions spéciales d'application du présent livre à certaines maladies professionnelles.

Article L461-8

Une indemnité spéciale est accordée au travailleur atteint :

1°) de pneumoconioses consécutives à l'inhalation de poussières minérales renfermant de la silice libre ;

2°) d'affections professionnelles consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante ;

3°) de sidérose professionnelle,

lorsque le changement d'emploi est nécessaire pour prévenir une aggravation de son état et que les conditions exigées ne sont pas remplies par le salarié pour bénéficier d'une rente.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 7 : Sanctions.

Article L471-1

Les contraventions aux dispositions de l'article L. 441-2, de l'article L. 441-4 et du premier alinéa de l'article L. 441-5 peuvent être constatées par les inspecteurs du travail.

La caisse primaire d'assurance maladie recouvre auprès des employeurs ou de leurs préposés n'ayant pas satisfait à ces dispositions l'indu correspondant à la totalité des dépenses faites à l'occasion de l'accident et peut prononcer la pénalité prévue à l'article L. 162-1-14.

En outre, la caisse recouvre auprès de l'employeur de toute personne étrangère travaillant ou ayant travaillé pour le compte de celui-ci, sans satisfaire aux conditions de régularité de séjour et de travail en France définies par le décret mentionné à l'article L. 115-6, l'indu correspondant à la totalité des dépenses qu'elle supporte pour cette personne au titre du présent livre. Il en est de même lorsque la victime se trouvait en situation de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail. Si, à l'occasion des faits mentionnés au présent alinéa, il est constaté l'un des faits prévus au premier alinéa du présent article, la caisse peut prononcer la pénalité prévue à l'article L. 162-1-14, sans préjudice d'autres sanctions, le cas échéant.

Article L471-2

Est puni d'une amende de 12 000 euros :

1°) tout intermédiaire convaincu d'avoir offert les services spécifiés à l'article L. 482-4 ;

2°) tout employeur ayant opéré, sur le salaire de son personnel, des retenues pour l'assurance accidents.

Article L471-4

Est puni d'une amende de 12 000 euros et d'un emprisonnement de trois mois quiconque, par menaces, don, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques, aura attiré ou tenté d'attirer les victimes d'accidents du travail ou de maladies

professionnelles dans une clinique ou cabinet médical ou officine de pharmacie et aura ainsi porté atteinte à la liberté de la victime de choisir son médecin et son pharmacien.

Est puni des mêmes peines, sans préjudice de celles prévues à l'article 441-7 du code pénal, tout médecin ayant, dans les certificats délivrés pour l'application du présent livre, sciemment dénaturé les conséquences de l'accident ou de la maladie.

Est puni des mêmes peines, sans préjudice de celles prévues aux articles 434-13 à 434-15 du code pénal, quiconque, par promesses ou menaces, aura influencé ou tenté d'influencer une personne témoin d'un accident du travail à l'effet d'altérer la vérité.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 8 : Dispositions communes avec d'autres branches - Dispositions diverses et d'application

Chapitre 1er : Dispositions communes aux assurances sociales et aux accidents du travail

Section 1 : Prise en charge des frais de préorientation, d'éducation ou de rééducation professionnelle des travailleurs handicapés et des victimes d'accident du travail.

Article L481-1

Les projets de création d'établissements de rééducation professionnelle ou de participation à la gestion de tels établissements créés par des oeuvres ou institutions, établis par les caisses de sécurité sociale, sont soumis à l'autorisation de l'Etat.

Article L481-2

Sans préjudice des pénalités prévues à l'article L. 114-13 et des peines plus élevées résultant d'autres lois s'il y échet, le bénéficiaire d'une rééducation professionnelle est tenu au remboursement des sommes qu'il aurait indûment perçues à la suite de toute déclaration inexacte ou incomplète.

Chapitre 2 : Dispositions diverses et d'application.

Article L482-1

Pour tous les accidents du travail auxquels les articles L. 434-7 et suivants ne s'appliquent pas, la limite d'âge prévue pour le paiement des rentes d'orphelin par la loi du 9 avril 1898 modifiée et dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle par le code local des assurances sociales du 19 juillet 1911, est portée à un âge déterminé, si l'enfant est placé en apprentissage et à un âge plus élevé, s'il poursuit des études ou s'il est, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié.

Article L482-2

Les prestations accordées en application des dispositions de l'article L. 482-1 seront versées suivant les cas, par les fonds de majoration des rentes d'accidents du travail gérés par la caisse des dépôts et consignations ou par les organismes d'assurance contre les accidents du travail des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article L482-3

Un arrêté interministériel fixe les conditions d'application des articles L. 482-1 et L. 482-2.

Article L482-4

Toute convention contraire au présent livre est nulle de plein droit.

Sont nulles de plein droit et de nul effet les obligations contractées pour rémunération de leurs services envers les intermédiaires qui se chargent, moyennant émoluments convenus à l'avance, d'assurer aux victimes d'accidents ou à leurs ayants droit le bénéfice des prestations et d'indemnités prévues par le présent livre.

Article L482-5

Des dispositions réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du livre IV. Sauf disposition contraire, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 1 : Champ d'application - Généralités

Chapitre 1er : Liste des prestations.

Article L511-1

Les prestations familiales comprennent :

- 1°) la prestation d'accueil du jeune enfant ;
- 2°) les allocations familiales ;
- 3°) le complément familial ;
- 4°) l'allocation de logement ;
- 5°) l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;
- 6°) l'allocation de soutien familial ;
- 7°) l'allocation de rentrée scolaire ;
- 8°) (Abrogé) ;
- 9°) l'allocation journalière de présence parentale.

Chapitre 2 : Champ d'application.

Article L512-1

Toute personne française ou étrangère résidant en France, ayant à sa charge un ou plusieurs enfants résidant en France, bénéficie pour ces enfants des prestations familiales dans les conditions prévues par le présent livre sous réserve que ce ou ces derniers ne soient pas bénéficiaires, à titre personnel, d'une ou plusieurs prestations familiales, de l'allocation de logement sociale ou de l'aide personnalisée au logement.

Le précédent alinéa ne s'applique pas aux travailleurs détachés temporairement en France pour y

exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire ainsi qu'aux personnes à leur charge, sous réserve de stipulation particulière de cette convention.

Article L512-2

Bénéficient de plein droit des prestations familiales dans les conditions fixées par le présent livre les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne, des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et de la Confédération suisse qui remplissent les conditions exigées pour résider régulièrement en France, la résidence étant appréciée dans les conditions fixées pour l'application de l'article L. 512-1.

Bénéficient également de plein droit des prestations familiales dans les conditions fixées par le présent livre les étrangers non ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, titulaires d'un titre exigé d'eux en vertu soit de dispositions législatives ou réglementaires, soit de traités ou accords internationaux pour résider régulièrement en France.

Ces étrangers bénéficient des prestations familiales sous réserve qu'il soit justifié, pour les enfants qui sont à leur charge et au titre desquels les prestations familiales sont demandées, de l'une des situations suivantes :

-leur naissance en France ;

-leur entrée régulière dans le cadre de la procédure de regroupement familial visée au livre IV du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

-leur qualité de membre de famille de réfugié ;

-leur qualité d'enfant d'étranger titulaire de la carte de séjour mentionnée au 10° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

-leur qualité d'enfant d'étranger titulaire de la carte de séjour mentionnée à l'article L. 313-13 du même code ;

-leur qualité d'enfant d'étranger titulaire de l'une des cartes de séjour mentionnées à l'article L. 313-8 du même code ;

-leur qualité d'enfant d'étranger titulaire de la carte de séjour mentionnée au 7° de l'article L. 313-11 du même code à la condition que le ou les enfants en cause soient entrés en France au plus tard en même temps que l'un de leurs parents titulaires de la carte susmentionnée.

Un décret fixe la liste des titres et justifications attestant de la régularité de l'entrée et du séjour des bénéficiaires étrangers. Il détermine également la nature des documents exigés pour justifier que les enfants que ces étrangers ont à charge et au titre desquels des prestations familiales sont demandées remplissent les conditions prévues aux alinéas précédents.

Article L512-3

Sous réserve des règles particulières à chaque prestation, ouvre droit aux prestations familiales :

1°) tout enfant jusqu'à la fin de l'obligation scolaire ;

2°) après la fin de l'obligation scolaire, et jusqu'à un âge limite, tout enfant dont la rémunération éventuelle n'excède pas un plafond.

Toutefois, pour l'attribution du complément familial et de l'allocation de logement mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 511-1 et à l'article L. 755-21, l'âge limite peut être différent de celui mentionné au 2° du présent article.

Article L512-4

Les prestations familiales sont versées, pour les enfants adoptés ou confiés en vue d'adoption, à la condition que :

1° Le ou les enfants soient adoptés par décision de la juridiction française ou soient confiés en vue d'adoption par le service de l'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption ;

2° Le ou les enfants soient confiés en vue d'adoption ou adoptés par décision de l'autorité étrangère compétente et autorisés à entrer à ce titre sur le territoire français et que le postulant à l'adoption ou l'adoptant soit titulaire de l'agrément mentionné aux articles L. 225-2, L. 225-3 et L. 225-17 du code de l'action sociale et des familles.

Article L512-5

Les prestations familiales du régime français ne peuvent se cumuler avec les prestations pour enfants versées en application des traités, conventions et accords internationaux auxquels la France est partie ou en application d'une législation ou d'une réglementation étrangère, ainsi qu'avec les prestations pour enfants versées par une organisation internationale.

Lorsque des prestations familiales ou des avantages familiaux sont versés, en application des traités, conventions et accords internationaux auxquels la France est partie ou en application d'une législation étrangère de sécurité sociale, à une famille résidant en France et que leurs montants sont inférieurs à celui des prestations familiales du régime français de sécurité sociale, seules des allocations différentielles peuvent être éventuellement versées. Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

Article L512-6

Lorsqu'un des membres du couple réside dans un département ou un territoire d'outre-mer, le droit aux prestations familiales du régime métropolitain est ouvert du chef du conjoint ou concubin résidant en France métropolitaine avec les enfants.

Toutefois, les prestations familiales du régime métropolitain ne peuvent se cumuler avec les

prestations familiales versées en application d'un régime d'outre-mer. Seule une allocation différentielle est alors éventuellement versée.

Chapitre 3 : Règles d'allocation et d'attribution des prestations.

Article L513-1

Les prestations familiales sont, sous réserve des règles particulières à chaque prestation, dues à la personne physique qui assume la charge effective et permanente de l'enfant.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 2 : Prestations générales d'entretien

Chapitre 1er : Allocations familiales.

Article L521-1

Les allocations familiales sont dues à partir du deuxième enfant à charge.

Une allocation forfaitaire par enfant d'un montant fixé par décret est versée pendant un an à la personne ou au ménage qui assume la charge d'un nombre minimum d'enfants également fixé par décret lorsque l'un ou plusieurs des enfants qui ouvraient droit aux allocations familiales atteignent l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Cette allocation est versée à la condition que le ou les enfants répondent aux conditions autres que celles de l'âge pour l'ouverture du droit aux allocations familiales.

Article L521-2

Les allocations sont versées à la personne qui assume, dans quelques conditions que ce soit, la charge effective et permanente de l'enfant.

En cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents telle que prévue à l'article 373-2-9 du code civil, mise en oeuvre de manière effective, les parents désignent l'allocataire. Cependant, la charge de l'enfant pour le calcul des allocations familiales est partagée par moitié entre les deux parents soit sur demande conjointe des parents, soit si les parents sont en désaccord sur la désignation de l'allocataire. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent alinéa.

Lorsque la personne qui assume la charge effective et permanente de l'enfant ne remplit pas les conditions prévues au titre I du présent livre pour l'ouverture du droit aux allocations familiales, ce droit s'ouvre du chef du père ou, à défaut, du chef de la mère.

Lorsqu'un enfant est confié au service d'aide sociale à l'enfance, les allocations familiales continuent d'être évaluées en tenant compte à la fois des enfants présents au foyer et du ou des enfants confiés au service de l'aide sociale à l'enfance. La part des allocations familiales dues à la famille pour cet

enfant est versée à ce service. Toutefois, le juge peut décider, d'office ou sur saisine du président du conseil général, à la suite d'une mesure prise en application des articles 375-3 et 375-5 du code civil ou des articles 15, 16, 16 bis et 28 de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, de maintenir le versement des allocations à la famille, lorsque celle-ci participe à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfant ou en vue de faciliter le retour de l'enfant dans son foyer.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article, notamment dans les cas énumérés ci-dessous :

- a) retrait total de l'autorité parentale des parents ou de l'un d'eux ;
- b) indignité des parents ou de l'un d'eux ;
- c) divorce, séparation de corps ou de fait des parents ;
- d) enfants confiés à un service public, à une institution privée, à un particulier.

Article L521-3

Chacun des enfants à charge, à l'exception du plus âgé, ouvre droit à partir d'un âge minimum à une majoration des allocations familiales.

Toutefois, les personnes ayant un nombre déterminé d'enfants à charge bénéficient de ladite majoration pour chaque enfant à charge à partir de l'âge mentionné au premier alinéa.

Chapitre 2 : Complément familial.

Article L522-1

Le complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources n'excèdent pas un plafond et qui assume la charge d'un nombre déterminé d'enfants ayant tous un âge supérieur à l'âge limite visé au premier alinéa de l'article L. 531-1.

Article L522-2

Le plafond de ressources déterminant le droit au complément familial varie selon le rang et le nombre des enfants à charge. Il est majoré lorsque chaque membre du couple dispose d'un revenu professionnel ou lorsque la charge des enfants est assumée par une seule personne.

Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

Un complément différentiel est dû lorsque les ressources excèdent le plafond d'un montant inférieur à une somme déterminée.

Chapitre 3 : Allocation de soutien familial.

Article L523-1

Ouvrent droit à l'allocation de soutien familial :

1°) tout enfant orphelin de père ou de mère, ou de père et de mère ;

2°) tout enfant dont la filiation n'est pas légalement établie à l'égard de l'un ou l'autre de ses parents ou à l'égard de l'un et de l'autre ;

3°) tout enfant dont le père ou la mère, ou les père et mère, se soustraient ou se trouvent hors d'état de faire face à leurs obligations d'entretien ou au versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par décision de justice.

L'allocation de soutien familial est ouverte de plein droit aux bénéficiaires de l'allocation de parent isolé qui assument la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants remplissant l'une des conditions précédemment mentionnées.

Article L523-2

Peut bénéficier de l'allocation le père, la mère ou la personne physique qui assume la charge effective et permanente de l'enfant orphelin ou de l'enfant assimilé à un orphelin au sens de l'article L. 523-1.

Lorsque le père ou la mère titulaire du droit à l'allocation de soutien familial se marie, conclut un pacte civil de solidarité ou vit en concubinage, cette prestation cesse d'être due.

Article L523-3

Le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 584-1 fixe les taux respectifs de l'allocation dans les deux cas suivants :

1°) l'enfant est orphelin de père et de mère ou se trouve dans une situation qui y est assimilée, au

sens de l'article L. 523-1 ;

2°) l'enfant est orphelin de père ou de mère ou se trouve dans une situation qui y est assimilée, au sens de l'article L. 523-1.

Chapitre 4 : Allocation de parent isolé.

Article L524-8

Tout paiement indu d'allocation ou de la prime forfaitaire mentionnée à l'article L. 524-5 peut, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, être récupéré par retenue sur le montant des allocations ou de primes forfaitaires à échoir ou par remboursement de la dette selon les modalités fixées aux premier et troisième alinéas de l'article L. 262-41 du code de l'action sociale et des familles ainsi qu'au 2° de l'article L. 262-22 du même code.

La créance de l'organisme peut être réduite ou remise en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 3 : Prestation d'accueil du jeune enfant

Chapitre 1er : Dispositions générales relatives à la prestation d'accueil du jeune enfant

Article L531-1

Ouvrent droit à la prestation d'accueil du jeune enfant l'enfant à naître et l'enfant né dont l'âge est inférieur à un âge limite.

Cette prestation comprend :

1° Une prime à la naissance ou à l'adoption, versée dans les conditions définies à l'article L. 531-2 ;

2° Une allocation de base, versée dans les conditions définies à l'article L. 531-3, visant à compenser le coût lié à l'entretien de l'enfant ;

3° Un complément de libre choix d'activité versé, dans les conditions définies à l'article L. 531-4, à celui des parents qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle ou de travailler à temps partiel pour s'occuper d'un enfant ;

4° Un complément de libre choix du mode de garde, versé, dans les conditions définies aux articles L. 531-5 à L. 531-9, pour compenser le coût de la garde d'un enfant.

La personne ou le ménage qui ne répond pas à la condition de ressources pour percevoir la prime à la naissance ou à l'adoption mentionnée au 1° et l'allocation de base mentionnée au 2° peut toutefois percevoir les compléments prévus aux 3° et 4°.

Le bénéfice du complément mentionné au 3° peut être cumulé avec celui mentionné au 4°.

Article L531-2

La prime à la naissance ou à l'adoption est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, pour chaque enfant à naître, avant la naissance de l'enfant, ou pour chaque enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer. Dans ce second cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné à l'article L. 531-1 mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Le montant de la prime est majoré en cas d'adoption.

La date de versement de cette prime est fixée par décret.

Le plafond de ressources varie selon le rang et le nombre d'enfants nés ou à naître. Il est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule.

Le montant du plafond et celui de la majoration sont fixés par décret et revalorisés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils varient conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

Article L531-3

L'allocation de base est attribuée, à compter de la date de la naissance du ou des enfants, au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond. Elle est versée jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel l'enfant atteint l'âge limite prévu au premier alinéa de l'article L. 531-1.

L'allocation est versée à compter de la date de l'arrivée au foyer, pour chaque enfant adopté ou confié en vue d'adoption. Dans ce cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1, mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. La durée de versement de l'allocation est égale à celle définie à l'alinéa précédent.

Le plafond de ressources est celui défini à l'article L. 531-2.

Plusieurs allocations de base ne peuvent se cumuler que pour les enfants issus de naissances multiples ou en cas d'adoptions multiples simultanées.

Article L531-4

I. - 1. Le complément de libre choix d'activité est versé à taux plein à la personne qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant.

Les conditions d'assimilation d'un mandat d'élu à une activité professionnelle au sens de l'alinéa précédent sont définies par décret.

2. Le complément est attribué à taux partiel à la personne qui exerce une activité ou poursuit une formation professionnelle rémunérée, à temps partiel. Son montant est fonction de la quotité de l'activité exercée ou de la formation suivie. Les quotités minimale et maximale de l'activité ou de la formation sont définies par décret.

Les modalités selon lesquelles ce complément à taux partiel est attribué aux personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1^o, 4^o et 5^o de l'article L. 615-1 et à l'article L. 722-1 du présent code, aux articles L. 722-4, L. 722-9, L. 722-22 et L. 722-28 du code rural et de la pêche maritime ainsi qu'aux élus locaux sont adaptées par décret.

Ce complément à taux partiel est attribué au même taux pendant une durée minimale déterminée par décret. Il ne peut y avoir révision de ce taux au cours de cette durée qu'en cas de cessation de l'activité ou de la formation.

II. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 552-1, lorsque le bénéficiaire du complément de libre choix d'activité a un seul enfant à charge, le droit au complément est ouvert le mois de la naissance ou de l'adoption de l'enfant ou le mois de l'arrêt du versement des indemnités ou allocations mentionnées aux 1^o à 3^o du II de l'article L. 532-2. Sa durée de versement est limitée à une durée maximale.

III. - L'ouverture du droit est subordonnée à l'exercice antérieur d'une activité professionnelle suffisante pour ouvrir des droits à pension de retraite dans un régime de base.

Cette activité doit avoir été exercée pendant une durée minimale au cours d'une période de référence précédant soit la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant pour lequel l'allocation est demandée, soit la demande si elle est postérieure lorsque le bénéficiaire compte plus d'un enfant à charge. Cette durée varie selon le nombre d'enfants à charge.

Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle sont définies par décret en fonction du rang de l'enfant.

Les deux membres d'un couple ne peuvent cumuler le bénéfice de deux compléments de libre choix d'activité à taux plein. Lorsque les deux membres du couple exercent une activité professionnelle ou poursuivent une formation professionnelle rémunérée à temps partiel, un complément à taux partiel peut être attribué à chacun d'entre eux dans les conditions définies au 2 du I sans que, toutefois, le montant cumulé de ces deux compléments à taux partiel puisse être supérieur à celui du complément à taux plein. Lorsque le montant cumulé des deux compléments à taux partiel est inférieur à celui du complément à taux plein, le montant de ce dernier complément est versé.

IV. - Pour les enfants adoptés ou confiés en vue d'adoption, le complément est versé pendant une durée minimale à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer des adoptants, sous réserve des dispositions du II.

Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément est également versé pour les enfants dont l'âge, au moment de leur arrivée au foyer des adoptants, est supérieur à l'âge limite mentionné à cet article. La durée de versement est, dans ce cas, égale à la durée minimale

mentionnée à l'alinéa précédent, sous réserve des dispositions du 2° de l'article L. 512-3.

V. - L'âge limite de versement mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1 et la durée de versement prévue au IV du présent article sont augmentés en cas :

1° De naissances multiples d'enfants d'un nombre déterminé ;

2° D'arrivées simultanées d'un nombre déterminé d'enfants, adoptés ou confiés en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, au foyer des adoptants.

VI. - Par dérogation au premier alinéa du 1 du I et dans des conditions définies par décret, le complément de libre choix d'activité à taux plein peut être cumulé, pendant une durée déterminée, avec un revenu professionnel, en cas de reprise d'activité du parent bénéficiaire alors qu'il a un enfant à charge remplissant des conditions d'âge. Cette option, définitive, est ouverte au parent qui assume la charge d'un nombre déterminé d'enfants.

Par exception au 1 du I et dans des conditions définies par décret, le complément de libre choix d'activité à taux plein peut être attribué, à un montant majoré et pendant une durée déterminée, à la personne qui choisit de ne pas exercer d'activité professionnelle pendant cette même durée. Dans ce cas, l'activité professionnelle antérieure minimale prévue au III doit avoir été exercée au cours d'une période de référence fixée par décret. Cette option, définitive, est ouverte au parent qui assume la charge d'un nombre déterminé d'enfants. La période de droit ouverte par cette option peut être partagée entre les deux parents.

Par exception aux dispositions de l'article L. 552-1, le droit au complément de libre choix d'activité prévu à l'alinéa précédent est ouvert le mois de la naissance, de l'adoption ou de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté ou confié en vue d'adoption.

VII. - Le montant du complément de libre choix d'activité est majoré lorsque la personne y ouvrant droit ne bénéficie pas de l'allocation de base mentionnée au 2° de l'article L. 531-1.

Article L531-5

I. - Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.

Ce complément comprend :

a) Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;

b) Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant.

Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule dispose d'un minimum de revenus tirés d'une activité professionnelle. Le montant de ce revenu diffère selon que la charge des enfants est assumée par un couple ou par une personne seule. Un décret précise les conditions dans lesquelles ces modalités sont adaptées aux non-salariés.

Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret.

La condition mentionnée à l'alinéa précédent ne s'applique pas :

-lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;

-lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 351-9 et L. 351-10 du code du travail ;

-aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat.

II. - Lorsque le ménage ou la personne emploie une assistante maternelle agréée, le montant des cotisations et contributions sociales est pris en charge en totalité, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistante maternelle ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret.

Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail, une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge, dans la limite d'un plafond par ménage. Le taux de prise en charge des cotisations et contributions sociales ainsi que le montant du plafond sont fixés par décret. Le plafond est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III. - L'aide versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail.

Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :

1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code.

IV. - Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné à cet article mais inférieur à un âge limite.

V. - Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents.

Article L531-6

Lorsque le ménage ou la personne recourt à une association ou à une entreprise habilitée à cet effet, dans des conditions définies par décret, pour assurer la garde d'un enfant et que sont remplies les conditions d'ouverture du droit au complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, ce complément est versé au ménage ou à la personne sous la forme d'une aide prenant en charge partiellement le coût de la garde.

Le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :

1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2.

Pour la garde d'un enfant qui répond à la condition d'âge mentionnée au IV de l'article L. 531-5, les montants versés sont réduits.

L'aide n'est versée que si l'enfant est gardé un minimum d'heures au cours du mois, dans des conditions définies par décret.

L'aide est versée par l'organisme débiteur de prestations familiales.

Par dérogation au premier alinéa du présent article, le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé au ménage ou à la personne qui recourt, pour assurer la garde d'un enfant, à un établissement d'accueil de jeunes enfants mentionné à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, dont la capacité d'accueil maximale ne dépasse pas un seuil fixé par décret.

Article L531-7

Le droit au complément est ouvert à compter du premier jour du mois civil au cours duquel la demande est déposée. Toutefois, le droit est ouvert à compter du premier jour du mois civil où les conditions en sont remplies lorsqu'un droit est déjà ouvert au titre d'un autre enfant.

Il cesse au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'une des conditions cesse d'être remplie.

Article L531-8

Les caisses versent le montant mentionné au a du I de l'article L. 531-5 à un organisme de recouvrement de sécurité sociale désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'employeur est dispensé du versement des cotisations et contributions sociales à hauteur de ce montant sous réserve de se conformer aux modalités de déclaration fixées par décret. Dans ce cas, les cotisations et contributions sociales demeurant à sa charge donnent lieu à prélèvement automatique au cours du mois suivant la réception des formulaires de déclaration. L'organisme mentionné au premier alinéa est habilité à poursuivre le recouvrement par voie contentieuse des sommes restant dues, pour le compte de l'ensemble des régimes concernés sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires.

Les mentions figurant dans le formulaire de déclaration sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'organisme mentionné au premier alinéa délivre au salarié une attestation d'emploi. La délivrance de cette attestation valant bulletin de paie se substitue à la remise du bulletin de paie par l'employeur prévue par l'article L. 143-3 du code du travail.

Article L531-9

Le complément de libre choix du mode de garde n'est pas cumulable avec le complément de libre choix d'activité à taux plein mentionné au premier alinéa du 1 du I de l'article L. 531-4, sauf si ce dernier est versé au titre du VI dudit article.

Le complément de libre choix du mode de garde est réduit, lorsque le ménage ou la personne bénéficie du complément de libre choix d'activité à taux partiel pour l'exercice d'une activité professionnelle inférieure à une quotité, dans des conditions définies par décret.

Article L531-10

En cas de décès d'un enfant, le complément de libre choix d'activité et l'allocation de base, versés au titre de cet enfant, sont maintenus pendant une durée fixée par décret.

Chapitre 2 : Dispositions relatives au cumul avec d'autres prestations

Article L532-1

L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant n'est pas cumulable avec le complément familial défini à l'article L. 522-1.

Article L532-2

I. - Le complément de libre choix d'activité n'est pas cumulable avec le complément familial.

II. - Le complément de libre choix d'activité à taux plein n'est pas cumulable pour le bénéficiaire avec :

1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité ou d'adoption ;

2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 et L. 722-8 à L. 722-8-3 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et à l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines ;

3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;

4° Les indemnités servies aux travailleurs sans emploi ;

5° Un avantage de vieillesse, d'invalidité ou la pension servie aux militaires en application de l'article L. 6 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Le service des indemnités dues aux travailleurs sans emploi est, à la date d'interruption du versement du complément de libre choix d'activité, poursuivi jusqu'à l'expiration du droit.

III. - Le complément de libre choix d'activité à taux partiel n'est pas cumulable pour le bénéficiaire, à l'ouverture du droit, avec les indemnités et l'allocation de remplacement mentionnées aux 1° à 5° du II. Il est cumulable, en cours de droit, avec les indemnités et allocations mentionnées aux 1° à 4° du II perçues au titre de l'activité à temps partiel que le bénéficiaire exerce ou a exercée.

IV. - Lorsque le bénéficiaire du complément de libre choix d'activité a un seul enfant à charge, le complément est cumulable, le mois d'ouverture du droit, avec les indemnités et allocations visées aux 1° à 3° du II.

V. - Pendant le mois au cours duquel le versement des indemnités ou allocations mentionnées aux 1° à 3° du II prend fin, celles-ci sont cumulables avec le complément de libre choix d'activité à taux plein, lorsqu'il est fait usage de l'option mentionnée au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4.

Chapitre 3 : Dispositions relatives aux examens médicaux de la mère et de l'enfant

Article L533-1

Le versement de la prime à la naissance est subordonné à la justification de la passation du premier examen prénatal médical obligatoire de la mère prévu en application de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique.

Un décret définit les conditions dans lesquelles est produite cette justification.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 4 : Prestations à affectation spéciale

Chapitre 1er : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Article L541-1

Toute personne qui assume la charge d'un enfant handicapé a droit à une allocation d'éducation de l'enfant handicapé, si l'incapacité permanente de l'enfant est au moins égale à un taux déterminé.

Un complément d'allocation est accordé pour l'enfant atteint d'un handicap dont la nature ou la gravité exige des dépenses particulièrement coûteuses ou nécessite le recours fréquent à l'aide d'une tierce personne. Son montant varie suivant l'importance des dépenses supplémentaires engagées ou la permanence de l'aide nécessaire.

La même allocation et, le cas échéant, son complément peuvent être alloués, si l'incapacité permanente de l'enfant, sans atteindre le pourcentage mentionné au premier alinéa, reste néanmoins égale ou supérieure à un minimum, dans le cas où l'enfant fréquente un établissement mentionné au 2° ou au 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cas où l'état de l'enfant exige le recours à un dispositif adapté ou d'accompagnement au sens de l'article L. 351-1 du code de l'éducation ou à des soins dans le cadre des mesures préconisées par la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé n'est pas due lorsque l'enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale, sauf pour les périodes de congés ou de suspension de la prise en charge.

Article L541-2

L'allocation et son complément éventuel sont attribués au vu de la décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles appréciant si l'état de l'enfant ou de l'adolescent justifie cette attribution.

Lorsque la personne ayant la charge de l'enfant handicapé ne donne pas suite aux mesures préconisées par la commission, l'allocation peut être suspendue ou supprimée dans les mêmes conditions et après audition de cette personne sur sa demande.

Article L541-3

Les dispositions de l'article L. 521-2 sont applicables à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Article L541-4

Toute personne isolée bénéficiant de l'allocation et de son complément mentionnés à l'article L. 541-1 ou de cette allocation et de la prestation mentionnée à l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles et assumant seule la charge d'un enfant handicapé dont l'état nécessite le recours à une tierce personne a droit à une majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé versée dans des conditions prévues par décret.

Chapitre 2 : Allocation de logement familiale - Primes de déménagement - Prêts à l'amélioration de l'habitat

Section 1 : Dispositions générales - Champ d'application.

Article L542-1

L'allocation de logement est accordée dans les conditions prévues à l'article suivant :

1°) aux personnes qui perçoivent à un titre quelconque :

- a. soit les allocations familiales ;
- b. soit le complément familial ;
- c. soit l'allocation de soutien familial ;
- d. soit l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;

2°) aux ménages ou personnes qui, n'ayant pas droit à l'une des prestations mentionnées au 1°, ont un enfant à charge au sens de l'article L. 512-3 ;

3°) aux ménages qui n'ont pas d'enfant à charge, pendant une durée déterminée à compter du mariage, à la condition que celui-ci ait été célébré avant que les époux aient l'un et l'autre atteint un

âge limite ;

4°) aux ménages ou aux personnes qui ont à leur charge un ascendant vivant au foyer ayant dépassé un âge déterminé ;

5°) aux ménages ou personnes qui ont à leur charge un ascendant ou un descendant ou un collatéral au deuxième ou au troisième degré vivant au foyer, atteint d'une infirmité permanente au moins égale à un pourcentage fixé par décret ou qui est, compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité, reconnue par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel prévue à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles, de se procurer un emploi ;

6° A la personne seule sans personne à charge à compter du premier jour du mois civil suivant le quatrième mois de la grossesse et jusqu'au mois civil de la naissance de l'enfant.

Article L542-2

L'allocation de logement n'est due, au titre de leur résidence principale, qu'aux personnes :

1°) payant un minimum de loyer, compte tenu de leurs ressources ; sont assimilées aux loyers les mensualités versées pour accéder à la propriété de l'habitation ;

2°) habitant un logement répondant aux caractéristiques définies en application des premier et deuxième alinéas de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et à des conditions minima de peuplement. Lorsque le logement ne satisfait pas aux caractéristiques imposées ci-dessus et que le locataire a demandé leur mise en conformité dans les conditions fixées à l'article 20-1 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée ou qu'il a engagé une action en justice en application du c de l'article 6 de la même loi, l'allocation de logement est maintenue. Hormis ce cas, l'allocation de logement peut être accordée à titre dérogatoire dans des conditions fixées par décret ; si un logement devient surpeuplé par suite de naissance ou de prise en charge d'un enfant ou d'un proche parent, les allocations sont maintenues pendant une durée déterminée.

L'allocation de logement est due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Toutefois, lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement au mois de la demande, l'allocation est due à compter du premier jour du mois au cours duquel la demande est déposée.

Les dispositions prévues à la première phrase de l'alinéa précédent ne s'appliquent pas aux personnes qui, hébergées par un organisme logeant à titre temporaire des personnes défavorisées et bénéficiant de l'aide mentionnée à l'article L. 851-1, accèdent à un logement ouvrant droit à l'allocation de logement, afin d'assurer la continuité des prestations prévues par le second alinéa de l'article L. 552-1. De la même façon, elles ne s'appliquent pas aux personnes dont le logement a fait l'objet d'un arrêté d'insalubrité ou de péril lorsque, dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 521-2 du code de la construction et de l'habitation, elles reprennent le paiement du loyer ou de toute autre somme versée en contrepartie de l'occupation de ce logement ou lorsqu'elles sont relogées.

L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement appartenant à l'un de leurs ascendants ou descendants, ou ceux de leur conjoint ou concubin ou de toute

personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil.

Article L542-3

Le financement des allocations de logement et des primes de déménagement est assuré dans chaque régime dans les mêmes conditions que celui des autres prestations familiales.

Article L542-4

L'allocation de logement n'est pas versée aux personnes qui bénéficient des dispositions des articles 161 et 184 du code de la famille et de l'aide sociale (1).

Section 2 : Conditions générales d'attribution.

Article L542-5

Les taux de l'allocation sont déterminés compte tenu du nombre des personnes à charge vivant au foyer et du pourcentage des ressources affecté au loyer.

Les paramètres de calcul de l'allocation sont révisés chaque année au 1er janvier. Sont indexés sur l'évolution de l'indice de référence des loyers défini à l'article 17 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 les paramètres suivants :

-les plafonds de loyers ;

-les plafonds des charges de remboursement de contrats de prêts dont la signature est postérieure à la date de révision du barème ;

-le montant forfaitaire des charges ;

-les équivalences de loyer et de charges locatives ;

le terme constant de la participation personnelle du ménage.

Article L542-5-1

La prise en compte des ressources peut faire l'objet de dispositions spécifiques, lorsque le demandeur est âgé de moins de vingt-cinq ans et qu'il bénéficie d'un contrat de travail autre qu'un contrat à durée indéterminée.

Article L542-6

Les organismes ou services débiteurs de prestations familiales sont habilités à faire vérifier sur place si le logement satisfait aux exigences prévues au 2° de l'article L. 542-2. Le maire ou toute association de défense des droits des locataires affiliée à une association siégeant à la Commission nationale de concertation peuvent, s'il est porté à leur connaissance l'existence d'un immeuble ou d'un groupe d'immeubles habité, ne satisfaisant pas aux exigences de décence telles que définies par l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, saisir les organismes et services débiteurs des prestations familiales. Le même droit est reconnu aux médecins inspecteurs de santé publique, aux inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin et aux inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

Le contrôle du montant des loyers et de l'importance des ressources du bénéficiaire est assuré par le personnel assermenté desdits organismes auquel les administrations publiques et notamment, par application de l'article 160 du livre des procédures fiscales, les administrations financières sont tenues de communiquer toutes les pièces nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Article L542-7

Lorsque, par suite d'un défaut d'entretien imputable au bénéficiaire, le logement cesse de remplir les conditions prévues à l'article L. 542-2 ou lorsque le bénéficiaire refuse de se soumettre au contrôle prévu à l'article L. 542-6, le versement des allocations peut être suspendu ou interrompu.

Section 6 : Primes de déménagement.

Article L542-8

Les primes de déménagement sont attribuées par les organismes débiteurs des allocations de logement aux bénéficiaires du présent chapitre qui s'assurent de meilleures conditions de logement dès la déclaration de grossesse pour un enfant d'un rang déterminé et pour une période déterminée après la naissance de cet enfant.

Section 7 : Prêts à l'amélioration de l'habitat

Article L542-9

Les régimes de prestations familiales peuvent accorder :

1° A leurs allocataires des prêts destinés à l'amélioration de l'habitat dans des conditions et des limites fixées par décret ;

2° Aux assistants maternels, mentionnés aux articles L. 421-1 et L. 424-1 du code de l'action sociale et des familles, des prêts destinés à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant, qu'il soit au domicile de l'assistant maternel ou au sein d'une maison d'assistants maternels, dans des conditions et des limites fixées par décret.

Chapitre 3 : Allocation de rentrée scolaire.

Article L543-1

Une allocation de rentrée scolaire est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond variable en fonction du nombre des enfants à charge, pour chaque enfant inscrit en exécution de l'obligation scolaire dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé.

Elle est également attribuée, pour chaque enfant d'un âge inférieur à un âge déterminé, et dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2° de l'article L. 512-3, qui poursuit des études ou qui est placé en apprentissage.

Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation des ménages hors les prix du tabac, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. Son montant est fixé par décret et revalorisé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture.

Le montant de l'allocation de rentrée scolaire varie selon l'âge de l'enfant.

Article L543-2

Une allocation différentielle est due lorsque les ressources excèdent le plafond mentionné à l'article L. 543-1 d'un montant inférieur à une somme déterminée. Ses modalités de calcul sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre 4 : Allocation journalière de présence parentale

Article L544-1

La personne qui assume la charge d'un enfant atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants bénéficie, pour chaque jour de congé prévu à l'article L. 122-28-9 du code du travail,

d'une allocation journalière de présence parentale.

Ces dispositions sont également applicables aux agents publics bénéficiant du congé de présence parentale prévu par les règles qui les régissent.

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

Article L544-2

La particulière gravité de la maladie, du handicap ou de l'accident visés au premier alinéa de l'article L. 544-1 ainsi que le caractère indispensable d'une présence soutenue et de soins contraignants sont attestés par un certificat médical détaillé, établi par le médecin qui suit l'enfant au titre de la maladie, du handicap ou de l'accident susmentionnés. Le droit à la prestation est soumis à un avis favorable du service du contrôle médical prévu aux articles L. 315-1 et L. 615-13 ou du régime spécial de sécurité sociale.

Le droit est ouvert pour une période égale à la durée prévisible du traitement de l'enfant visée au premier alinéa. Cette durée fait l'objet d'un nouvel examen selon une périodicité fixée par décret.

Article L544-3

L'allocation est versée dans la limite d'une durée maximum fixée par décret pour un même enfant et par maladie, handicap ou accident. Le nombre maximum d'allocations journalières versées au cours de cette période est égal à trois cent dix.

Au-delà de la durée maximum prévue au premier alinéa, le droit à l'allocation journalière de présence parentale peut être ouvert de nouveau, en cas de rechute ou de récurrence de la pathologie de l'enfant au titre de laquelle un premier droit à l'allocation de présence parentale ou à l'allocation journalière de présence parentale avait été ouvert, dès lors que les conditions visées aux articles L. 544-1 et L. 544-2 sont réunies.

Article L544-4

Le nombre d'allocations journalières versées au titre d'un même enfant au cours d'un mois civil à l'un ou aux deux membres du couple ne peut être supérieur à un nombre maximal fixé par décret.

Article L544-5

L'allocation journalière de présence parentale est due à compter du premier jour du mois civil au cours duquel est déposée la demande, sous réserve que les conditions d'ouverture de droit soient

réunies à cette date. L'allocation cesse d'être due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions de droit ne sont plus réunies.

Article L544-6

Le montant de l'allocation journalière est fixé par décret. Il est majoré pour la personne assumant seule la charge de l'enfant, dans des conditions déterminées par décret.

Article L544-7

Un complément pour frais est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, lorsque la maladie, le handicap ou l'accident visés au premier alinéa de l'article L. 544-1 exigent des dépenses à la charge desdits ménage ou personne, supérieures à un montant déterminé. Ce complément, versé mensuellement selon des modalités fixées par décret, est forfaitaire.

Le plafond de ressources visé au premier alinéa varie en fonction du nombre d'enfants à charge. Il est majoré lorsque chaque membre du couple dispose d'un revenu professionnel ou lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une seule personne.

Article L544-8

Les personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1^o, 4^o et 5^o de l'article L. 615-1, à l'article L. 722-1 du présent code, à l'article L. 722-9 du code rural et de la pêche maritime et aux articles L. 351-1 à L. 351-15 du code du travail peuvent bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale.

Les travailleurs à la recherche d'un emploi mentionnés au premier alinéa ou en formation professionnelle rémunérée bénéficient d'une allocation journalière de présence parentale versée mensuellement sur la base d'un nombre de jours fixé par décret.

Le versement des indemnités dues aux demandeurs d'emploi est suspendu au début du versement de l'allocation journalière de présence parentale et est, à la date de cessation de paiement de celle-ci, repris et poursuivi jusqu'à son terme.

Les modalités d'attribution et de versement de l'allocation journalière de présence parentale aux personnes visées aux premier et deuxième alinéas sont fixées par décret.

Article L544-9

L'allocation journalière de présence parentale n'est pas cumulable, pour un même bénéficiaire, avec :

1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité ou d'adoption ;

2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 et L. 722-8 à L. 722-8-3 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines ;

3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;

4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;

5° Un avantage personnel de vieillesse ou d'invalidité ;

6° L'allocation parentale d'éducation ou le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant ;

7° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant ;

8° L'allocation aux adultes handicapés ;

9° L'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.

Toutefois, l'allocation journalière de présence parentale, lorsqu'elle n'est pas servie pour la totalité des jours prévus à l'article L. 544-4, est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 5 : Dispositions communes

Chapitre 1er : Etablissement du salaire de base.

Article L551-1

Le montant des prestations familiales est déterminé d'après des bases mensuelles de calcul revalorisées au 1er avril de chaque année, conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, par la commission visée à l'article L. 161-23-1.

Si l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année considérée établie à titre définitif par l'Institut national de la statistique et des études économiques est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement du coefficient fixé au 1er avril de l'année suivante, égal à la différence entre cette évolution et celle initialement prévue.

Chapitre 2 : Service des prestations.

Article L552-1

Les prestations servies mensuellement par les organismes débiteurs de prestations familiales sont dues, à l'exception de l'allocation de soutien familial versée dans les conditions prévues au cinquième alinéa de l'article L. 523-1, de l'allocation de base, du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge ou lorsqu'il est fait usage de l'option prévue au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4 et de l'allocation journalière de présence parentale, à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Elles cessent d'être dues à partir du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies, sauf en cas de perception du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, du complément de libre choix d'activité de cette dernière prestation lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge ou de décès de l'allocataire, de son conjoint ou d'un enfant à charge, auxquels cas elles cessent d'être dues au premier jour du mois civil qui suit le décès.

Les changements de nature à modifier les droits aux prestations mentionnées au premier alinéa

prennent effet et cessent de produire leurs effets selon les règles respectivement définies pour l'ouverture et l'extinction des droits, sauf s'ils conduisent à interrompre la continuité des prestations.

Article L552-2

Le versement de la fraction des allocations familiales et du complément familial, afférent à l'enfant n'ayant pas atteint l'âge de l'obligation scolaire, peut être subordonné à la présentation des certificats de santé établis en application de l'article L. 2132-2 du code de la santé publique.

Le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 584-1 détermine les conditions d'application du présent article. Il fixe notamment les modalités suivant lesquelles les justifications doivent être produites ainsi que la durée de la suspension ou de la suppression du versement de la fraction des prestations mentionnées à l'alinéa précédent en cas de retard ou de défaut de justification.

Article L552-3

En application de l'article L. 222-4-1 du code de l'action sociale et des familles, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales suspend, pour la durée et dans la proportion décidées par le président du conseil général, le versement de la part des allocations familiales et du complément familial dus à la famille au titre de l'enfant dont le comportement a conduit à proposer la conclusion d'un contrat de responsabilité parentale.

La durée de la mesure de suspension est au plus égale à trois mois. Elle peut être renouvelée, par l'autorité l'ayant prononcée, dans la limite d'une durée maximale de suspension de douze mois.

Lorsqu'au terme de la période de suspension prononcée par le président du conseil général, l'organisme débiteur des prestations familiales n'a pas été informé d'une décision de renouvellement, il rétablit le versement des prestations suspendues rétroactivement à la date de la suspension.

Dès que le président du conseil général constate que les parents ou le représentant légal du mineur se conforment aux obligations qui leur étaient imposées en application du contrat de responsabilité parentale, il en informe l'organisme débiteur des prestations familiales, afin qu'il rétablisse le versement des prestations suspendues rétroactivement à leur date de suspension.

Lorsqu'à l'issue de la période maximale de douze mois de suspension, les parents ou le représentant légal du mineur ne se conforment toujours pas à leurs obligations, les prestations sont rétablies sans effet rétroactif et le président du conseil général met en oeuvre toute mesure nécessaire pour remédier à la situation.

Article L552-3-1

En cas de manquement à l'obligation d'assiduité scolaire, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales suspend, sur demande de l'autorité de l'Etat compétente en matière

d'éducation, le versement de la part des allocations familiales due au titre de l'enfant en cause, selon les modalités prévues à l'article L. 131-8 du code de l'éducation. Le rétablissement des allocations familiales s'effectue selon les modalités prévues à ce même article. Les modalités de calcul de la part due au titre de l'enfant en cause sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Article L552-4

Le versement des prestations familiales afférentes à un enfant soumis à l'obligation scolaire est subordonné à la présentation soit du certificat d'inscription dans un établissement d'enseignement public ou privé, soit d'un certificat de l'autorité compétente de l'Etat attestant que l'enfant est instruit dans sa famille, soit d'un certificat médical attestant qu'il ne peut fréquenter régulièrement aucun établissement d'enseignement en raison de son état de santé.

Les prestations ne sont dues qu'à compter de la production de l'une des pièces prévues à l'alinéa ci-dessus. Elles peuvent toutefois être rétroactivement payées ou rétablies si l'allocataire justifie que le retard apporté dans la production de ladite pièce résulte de motifs indépendants de sa volonté.

Un arrêté interministériel fixe les modalités d'application du présent article et, notamment, le délai dans lequel les pièces citées au premier alinéa du présent article doivent être produites.

Article L552-5

Le droit aux prestations familiales des personnes regardées comme sans domicile fixe pour l'application de la loi n° 69-3 du 3 janvier 1969 relative à l'exercice des activités ambulantes et au régime applicable aux personnes circulant en France sans domicile ni résidence fixe, est subordonné à la justification, par les intéressés, de l'assiduité des enfants soumis à l'obligation scolaire dans un établissement d'enseignement, pendant une durée mensuelle minimum fixée par un arrêté interministériel. Le même arrêté définit les conditions dans lesquelles doivent être fournies les justifications ainsi exigées.

Article L552-6

Dans le cadre de la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial prévue à l'article 375-9-1 du code civil, le juge peut décider qu'une personne qualifiée, dite " délégué aux prestations familiales ", perçoit tout ou partie des prestations familiales et du revenu de solidarité active servi aux personnes isolées mentionnées à l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles, dus au bénéficiaire de la mesure.

La charge des frais de la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial incombe à l'organisme qui sert la prestation familiale ou l'allocation due à la famille et perçue par le délégué. Si plusieurs prestations sociales sont perçues par le délégué, la charge incombe à l'organisme versant la prestation au montant le plus élevé.

Chapitre 3 : Dispositions diverses.

Article L553-1

L'action de l'allocataire pour le paiement des prestations se prescrit par deux ans.

Cette prescription est également applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de manoeuvre frauduleuse ou de fausse déclaration.

La prescription est interrompue tant que l'organisme débiteur des prestations familiales se trouve dans l'impossibilité de recouvrer l'indu concerné en raison de la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement d'indus relevant des articles L. 553-2, L. 821-5-1 ou L. 835-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles ou L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.

Article L553-2

Tout paiement indu de prestations familiales est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre de l'allocation de logement mentionnée à l'article L. 831-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre des prestations mentionnées au titre II du livre VIII du présent code, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte de la loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion.

Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret.

Dans des conditions définies par décret, les retenues mentionnées au premier alinéa, ainsi que celles mentionnées aux articles L. 835-3 du présent code et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, L. 821-5-1 du présent code et L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte de la loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 précitée, sont déterminées en fonction de la composition de la famille, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret.

Les mêmes règles sont applicables en cas de non-remboursement d'un prêt subventionné ou consenti à quelque titre que ce soit par un organisme de prestations familiales, la caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole.

Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents, la créance de l'organisme peut être réduite ou remise en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manoeuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.

Article L553-3

Lorsqu'un même enfant ouvre droit aux prestations familiales et à une majoration de l'une quelconque des allocations ci-après énumérées :

1°) allocation de chômage ;

2°) allocations aux réfugiés ;

3°) allocations militaires ;

4°) retraites ou pensions attribuées par l'Etat, les collectivités publiques ou les organismes de prévoyance obligatoire, les prestations familiales sont perçues par priorité et excluent, à due concurrence, lesdites majorations.

Dans le cas où le montant des prestations familiales serait inférieur au montant des majorations mentionnées au précédent alinéa, ces dernières seront réduites à due concurrence du montant des prestations familiales.

Toutefois, l'allocation de logement servie au titre d'enfants infirmes dont l'âge est supérieur aux limites fixées pour le bénéfice des allocations familiales est cumulable avec les majorations de retraites ou de pensions susmentionnées allouées au chef de ces enfants.

Le présent article n'est pas applicable à l'allocation de soutien familial.

Article L553-4

I.-Les prestations familiales sont incessibles et insaisissables sauf pour le recouvrement des prestations indûment versées à la suite d'une manoeuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration de l'allocataire.

Toutefois, peuvent être saisis dans la limite d'un montant mensuel déterminé dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 :

1°) pour le paiement des dettes alimentaires ou l'exécution de la contribution aux charges du mariage et liées à l'entretien des enfants : l'allocation de base et le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant, les allocations familiales, le complément familial, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation de soutien familial ;

2°) pour le paiement des frais entraînés par les soins, l'hébergement, l'éducation ou la formation notamment dans les établissements mentionnés à l'article L. 541-1 : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé. En cas de non-paiement de ces frais, la personne physique ou morale ou l'organisme qui assume la charge de l'éducation spéciale, de la formation ou de l'entretien de l'enfant peut obtenir de l'organisme débiteur de l'allocation que celle-ci lui soit versée directement.

Sur demande de l'allocataire, les cotisations d'assurance volontaire mentionnées à l'article L. 742-1 sont recouvrées sur les prestations familiales visées à l'article L. 511-1, à l'exception de l'allocation de logement.

II.-L'allocation de logement prévue à l'article L. 542-1 est versée, s'il le demande, au prêteur lorsque l'allocataire est emprunteur et au bailleur lorsque l'allocataire est locataire.

Le prêteur ou le bailleur déduit l'allocation du montant du loyer et des dépenses accessoires de logement ou de celui des charges de remboursement. Il porte cette déduction à la connaissance de l'allocataire. Lorsque le bailleur ou le prêteur ne pratique pas cette déduction, l'allocation est versée à l'allocataire.

L'allocation ne peut être versée au bailleur que si le logement répond aux exigences prévues au 2° de l'article L. 542-2. Pour les logements compris dans un patrimoine d'au moins dix logements dont le propriétaire ou le gestionnaire est un organisme d'habitations à loyer modéré, une société d'économie mixte de construction et de gestion de logements sociaux ou l'établissement public de gestion immobilière du Nord-Pas-de-Calais et les sociétés à participation majoritaire de cet établissement, le bailleur peut continuer à percevoir l'allocation s'il s'engage par convention avec l'Etat à rendre le logement décent dans un délai fixé par cette convention. Le bailleur adresse une copie de la convention aux organismes payeurs de l'allocation de logement.

III.-Lorsque l'organisme payeur a versé une allocation indue et que le bailleur ou le prêteur justifie avoir procédé à la déduction prévue au deuxième alinéa du II, le trop-perçu est recouvré auprès de l'allocataire.

Le blocage de comptes courants de dépôts ou d'avances ne peut avoir pour effet de faire obstacle à l'insaisissabilité et à l'incessibilité des prestations familiales.

Nonobstant toute opposition, les allocataires dont les prestations familiales sont servies par versement à un compte courant de dépôts ou d'avances peuvent retirer des fonds chaque mois de ce compte dans la limite du montant des prestations familiales.

Un décret précise les conditions d'application des deux alinéas précédents.

Article L553-5

Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie est effectuée. Cette évaluation forfaitaire est prise en compte pour la détermination du droit aux prestations prévues au présent livre, à l'exception de l'allocation de logement servie en application de l'article L. 542-1.

Les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit.

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

Chapitre 4 : Pénalités.

Article L554-2

Sera puni d'une amende de 4 500 euros tout intermédiaire convaincu d'avoir offert ou fait offrir ses services moyennant émoluments convenus d'avance, à un allocataire en vue de lui faire obtenir des prestations qui peuvent lui être dues.

Article L554-3

En cas de condamnation le tribunal pourra ordonner l'insertion du jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité, le tout aux frais du condamné, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 150 euros.

Article L554-4

Quiconque, par voies de fait, menaces ou manoeuvres concertées, aura organisé ou tenté d'organiser le refus par les assujettis de se conformer aux prescriptions de la législation des prestations familiales et notamment de s'affilier à une caisse de sécurité sociale ou d'allocations familiales, ou de payer les cotisations dues sera puni d'un emprisonnement de deux ans, et d'une amende de 3 750 euros.

Sera passible d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 3 750 euros quiconque aura, par quelque moyen que ce soit, incité les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation des prestations familiales et notamment de s'affilier à une caisse de sécurité sociale ou d'allocations familiales, ou de payer les cotisations dues.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 8 : Dispositions relatives au recouvrement des créances alimentaires - Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 1er : Dispositions relatives au recouvrement des créances alimentaires.

Article L581-1

Les organismes et services auxquels incombe le service des prestations familiales sont habilités à apporter leur aide au recouvrement des créances dues au titre de l'entretien d'enfants, dans les conditions prévues par les dispositions relatives à l'intervention des organismes débiteurs des prestations familiales pour le recouvrement des créances alimentaires impayées.

Article L581-2

Lorsque l'un au moins des parents se soustrait totalement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, l'allocation de soutien familial est versée à titre d'avance sur créance alimentaire.

Lorsque l'un au moins des parents se soustrait partiellement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, il est versé à titre d'avance une allocation différentielle. Cette allocation différentielle complète le versement partiel effectué par le débiteur, jusqu'au montant de l'allocation de soutien familial.

L'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier, dans la limite du montant de l'allocation de soutien familial ou de la créance d'aliments si celle-ci lui est inférieure. Dans ce dernier cas, le surplus de l'allocation demeure acquis au créancier.

Article L581-3

Pour le surplus de la créance, dont le non-paiement a donné lieu au versement de l'allocation de soutien familial, et pour les autres termes à échoir, la demande de ladite allocation emporte mandat du créancier au profit de cet organisme.

L'organisme débiteur des prestations familiales a droit, en priorité sur les sommes recouvrées, au montant de celles versées à titre d'avance.

Avec l'accord du créancier d'aliments, l'organisme débiteur des prestations familiales poursuit également, lorsqu'elle est afférente aux mêmes périodes, le recouvrement de la créance alimentaire du conjoint, de l'ex-conjoint et des autres enfants du débiteur ainsi que les créances des articles 214, 276 et 342 du code civil.

Article L581-4

Le titulaire de la créance est tenu de communiquer à l'organisme débiteur des prestations familiales les renseignements qui sont de nature à faciliter le recouvrement de la créance.

Le titulaire de la créance peut à tout moment renoncer à percevoir l'allocation de soutien familial. L'organisme débiteur demeure subrogé aux droits du titulaire de la créance jusqu'au recouvrement complet du montant des sommes versées dans les conditions fixées à l'article L. 581-2.

L'organisme débiteur de prestations familiales peut suspendre le versement de l'allocation de soutien familial en cas de refus par le créancier d'aliments de donner le pouvoir spécial de saisie en matière immobilière.

Lorsque le débiteur reprend le service de sa dette, cette dernière peut être acquittée directement au parent créancier, avec l'accord de l'organisme débiteur de prestations familiales.

Article L581-5

Sauf dans le cas où il est fait application du premier alinéa de l'article 7 de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires, les sommes à recouvrer par l'organisme débiteur sont majorées de frais de gestion et de recouvrement dont le montant est fixé par décret en Conseil d'Etat.

Ces frais ne peuvent être mis à la charge du créancier d'aliments.

Article L581-6

Le titulaire d'une créance alimentaire fixée par décision de justice devenue exécutoire en faveur de ses enfants mineurs, s'il ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial et si une voie d'exécution engagée par ses soins n'a pas abouti, bénéficie, à sa demande, de l'aide des

organismes débiteurs de prestations familiales pour le recouvrement des termes échus, dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement, et des termes à échoir.

Ce recouvrement est exercé dans les conditions et pour les créances mentionnées aux articles L. 581-2 et suivants.

Article L581-7

Par dérogation aux articles 2 et 3 de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975, le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales intervenant au titre des articles L. 581-2 et suivants établit et certifie l'état des sommes à recouvrer et l'adresse au représentant de l'Etat dans le département. Celui-ci rend cet état exécutoire dans un délai de cinq jours ouvrables et le transmet au directeur départemental des finances publiques du département.

Article L581-8

Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent se prévaloir des articles L. 152-1 et L. 152-2 du code des procédures civiles d'exécution pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue du recouvrement des créances alimentaires impayées.

Article L581-9

Les caisses d'allocations familiales sont habilitées à consentir sur leur fonds d'action sanitaire et sociale aux créanciers d'aliments auxquels la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 est applicable, des avances sur pensions. Elles sont alors subrogées de plein droit dans les droits des créanciers, à concurrence du montant des avances, tant à l'égard du débiteur qu'éventuellement à l'égard du Trésor.

Article L581-10

Le recouvrement sur le débiteur d'aliments de toute avance sur pension alimentaire fixée par une décision judiciaire devenue exécutoire et consentie par les organismes débiteurs de prestations familiales peut être confié, pour le compte de ces organismes, aux comptables publics compétents.

Le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales établit et certifie l'état des sommes à recouvrer et l'adresse au représentant de l'Etat dans le département. Celui-ci rend cet état exécutoire dans un délai de cinq jours ouvrables et le transmet au directeur départemental des finances publiques.

Dès qu'ils ont saisi le représentant de l'Etat dans le département, les organismes débiteurs de prestations familiales ne peuvent plus, jusqu'à ce qu'ils soient informés de la cessation de la procédure de recouvrement par les comptables publics compétents, exercer aucune action en vue de récupérer les sommes qui font l'objet de leur demande.

En cas de contestation relative à l'application des premier et deuxième alinéas du présent article, il est procédé comme à l'article 4 de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975.

Le recouvrement des avances est poursuivi selon les procédures et dans les conditions prévues par les articles 7 à 9 de la loi du 11 juillet 1975 précitée. Les comptables publics compétents peuvent également mettre en oeuvre les actions et garanties dont dispose le créancier pour le recouvrement de sa pension alimentaire.

En cas de recours à une procédure de recouvrement public par le créancier de la pension alimentaire, les sommes recouvrées sont affectées par priorité au règlement de la créance de l'organisme débiteur de prestations familiales.

En cas de décès du débiteur ou lorsque l'impossibilité de recouvrer la créance a été constatée par le comptable public compétent, ce dernier renvoie le titre exécutoire à la caisse d'allocations familiales qui en décharge le comptable public et informe de sa décision le représentant de l'Etat dans le département.

Lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales poursuit le recouvrement d'une créance alimentaire au titre des articles L. 581-2 à L. 581-5, le présent article est applicable à la totalité de la créance.

Chapitre 3 : Dispositions diverses.

Article L583-1

Les organismes débiteurs des prestations familiales et leur personnel sont au service des allocataires.

Ils sont tenus en particulier :

1°) d'assurer l'information des allocataires sur la nature et l'étendue de leurs droits ;

2°) de leur prêter concours pour l'établissement des demandes dont la satisfaction leur incombe.

Ils peuvent également apporter leur concours à leurs allocataires en fin de droit pour l'établissement de dossiers formulés au titre d'autres régimes de protection sociale auprès d'autres organismes.

Article L583-2

Toute prestation dont le bénéfice a été sollicité dans des conditions qui permettent d'évaluer sans

ambiguïté les mérites de la demande peut faire l'objet d'une avance financée sur les fonds d'action sanitaire et sociale, remboursée par les fonds des prestations légales, dans la limite des droits établis.

Article L583-3

Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul des prestations familiales, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes débiteurs de prestations familiales selon les modalités de l'article L. 114-14.

La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17.

Lorsque ces informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les allocataires, les demandeurs ou les bailleurs les communiquent par déclaration aux organismes débiteurs de prestations familiales.

Ces organismes contrôlent les déclarations des allocataires ou des demandeurs, notamment en ce qui concerne leur situation de famille, les enfants et personnes à charge, leurs ressources, le montant de leur loyer et leurs conditions de logement. Ils peuvent contrôler les déclarations des bailleurs, afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'allocation mentionnée à l'article L. 542-1 est perçue.

Pour l'exercice de leur contrôle, les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment les administrations financières, et aux organismes de sécurité sociale, de retraite complémentaire et d'indemnisation du chômage, qui sont tenus de les leur communiquer.

Les informations demandées aux allocataires, aux demandeurs, aux bailleurs, aux administrations et aux organismes ci-dessus mentionnés doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'attribution des prestations familiales.

Un décret fixe les modalités d'information des allocataires, des demandeurs et des bailleurs dont les déclarations font l'objet d'un contrôle défini dans le présent article.

Les personnels des organismes débiteurs sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées.

Le versement des prestations peut être suspendu si l'allocataire refuse de se soumettre aux contrôles prévus par le présent article.

Article L583-4

Aux fins de transmission aux organismes débiteurs des prestations familiales, les régimes obligatoires d'assurance maladie communiquent à l'administration fiscale le montant des indemnités journalières visées au 2° de l'article L. 431-1, dans les conditions fixées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Chapitre 4 : Dispositions d'application.

Article L584-1

Un décret en Conseil d'Etat détermine les mesures nécessaires à l'application du livre V autres que les fixations de taux et que les mesures relevant du chapitre 2 du titre IV.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 1 : Régime social des indépendants

Chapitre 1er : Organisation administrative

Section 1 : Dispositions générales.

Article L611-1

Le régime social des indépendants couvre :

1° Au titre de l'assurance maladie et maternité les personnes mentionnées à l'article L. 613-1 ;

2° Au titre de l'assurance vieillesse, de l'invalidité-décès et de l'assurance vieillesse complémentaire obligatoire les personnes appartenant aux groupes des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales mentionnées à l'article L. 621-3.

Article L611-2

I. - Le régime social des indépendants comprend trois branches :

1° Assurance maladie et maternité ;

2° Assurances vieillesse des professions artisanales ;

3° Assurances vieillesse des professions industrielles et commerciales.

Il gère en outre les régimes complémentaires obligatoires mentionnés aux articles L. 613-20, L. 635-1 et L. 635-5.

Article L611-3

Le régime social des indépendants comprend une caisse nationale et des caisses de base. Ces organismes de sécurité sociale dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière sont des organismes de droit privé chargés d'une mission de service public au profit des personnes mentionnées à l'article L. 611-1.

Section 2 : Caisse nationale

Article L611-4

La Caisse nationale du régime social des indépendants a pour rôle :

- 1° D'assurer sur le plan national le financement des branches et des régimes mentionnés à l'article L. 611-2 et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces branches et de ces régimes ;
- 2° D'animer, de coordonner et de contrôler l'action des caisses de base ainsi que de contrôler, conjointement avec les caisses de base, les organismes conventionnés prévus à l'article L. 611-20 ;
- 3° De promouvoir des actions de prévention, d'éducation et d'information et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses de base ;
- 4° D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses de base ;
- 5° D'organiser, de coordonner et de contrôler l'action du contrôle médical ;
- 6° D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses de base et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;
- 7° De mettre en oeuvre les actions conventionnelles ;
- 8° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses de base et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime social des indépendants, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet ;
- 9° De négocier et conclure toute convention collective intéressant son personnel et celui des caisses de base et d'assurer leur formation technique ;
- 10° De créer tout service d'intérêt commun à l'ensemble des caisses de base ou à certaines d'entre elles ;
- 11° De coordonner ses orientations en matière de recouvrement contentieux des cotisations et contributions sociales personnelles dues par les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales avec celles définies, pour leurs cotisations et contributions sociales dues en leur qualité d'employeur, au titre de leurs salariés, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en application du 2° bis de l'article L. 225-1-1 ;
- 12° De mettre en oeuvre ou de coordonner des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses de base à ces actions. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives

au service des prestations.

La Caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses de base.

Elle est placée sous la tutelle de l'autorité compétente de l'Etat.

Article L611-5

La Caisse nationale est administrée par un conseil d'administration composé des représentants des caisses de base élus par leur conseil d'administration.

Les dispositions des articles L. 224-10 et L. 281-5 lui sont applicables.

Le conseil peut siéger en sections professionnelles pour délibérer sur les questions propres à un ou plusieurs groupes de professions mentionnées à l'article L. 611-1.

L'Etat est représenté auprès du conseil d'administration par des commissaires du Gouvernement.

Article L611-6

I. - Le directeur général est nommé par décret pour une durée de six ans après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale. Toutefois, le conseil peut, à la majorité des deux tiers de ses membres, formuler son opposition à la proposition de nomination présentée.

II. - Le directeur général dirige la Caisse nationale. Il recrute le personnel de la caisse et a autorité sur lui.

Il représente la caisse nationale en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il décide des actions en justice dans les matières relevant de ses compétences propres.

Lorsqu'il présente au conseil d'administration les propositions mentionnées à l'article L. 111-11 relatives à l'évaluation des charges et des produits des régimes de base, les orientations de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 611-17 ainsi que les budgets nationaux de gestion et d'intervention, ce conseil ne peut, après avoir demandé par délibération motivée une seconde proposition, s'opposer à cette nouvelle proposition qu'à la majorité des deux tiers de ses membres.

Il prend les mesures nécessaires à l'organisation et au fonctionnement des caisses de base et de leurs groupements et notamment celles prévues aux articles L. 224-11, L. 224-12, L. 224-13 et L. 281-2.

III. - Il ne peut être mis fin aux fonctions du directeur général qu'après avis favorable du conseil d'administration à la majorité des deux tiers.

Article L611-7

I. - L'Etat conclut avec la caisse nationale, en tenant compte des conditions générales d'équilibre financier fixées par les lois de financement de la sécurité sociale, pour une période minimale de quatre ans, une convention d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.

Cette convention détermine, pour les branches et les régimes mentionnés à l'article L. 611-2 ainsi que pour toute autre activité annexe exercée par la caisse nationale, les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont ils disposent pour les atteindre et les actions mises en oeuvre à ces fins par chacun des signataires.

II. - La mise en oeuvre de la convention d'objectifs et de gestion fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion conclus entre la caisse nationale et chacune des caisses du régime.

III. - Un décret en Conseil d'Etat détermine la périodicité, le contenu et les signataires de la convention d'objectifs et de gestion et des contrats pluriannuels de gestion.

Section 3 : Caisses de base.

Article L611-8

I.-Les caisses de base communes aux groupes professionnels des artisans, des industriels et des commerçants assurent pour leurs ressortissants, sous le contrôle de la caisse nationale, les missions du service des prestations, des allocations et du recouvrement des cotisations se rapportant à chacune des branches mentionnées à l'article L. 611-2 à l'exception de la gestion du risque d'assurance maladie des professions libérales.

Les missions du service des prestations et du recouvrement des cotisations se rapportant à la gestion du risque d'assurance maladie des professions libérales sont exercées par des caisses propres à ce groupe professionnel. Ces dernières peuvent déléguer par convention aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui les exercent pour leur compte, le calcul et l'encaissement de la cotisation sociale mentionnée au c du 1° de l'article L. 613-1 pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8.

Ces caisses exercent en outre des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ainsi qu'une action sociale ou sanitaire et sociale.

II.-Le nombre des caisses ainsi que leur ressort géographique est fixé par décret en Conseil d'Etat.

Article L611-9

Lorsque les caisses de base créées en application du présent titre sont appelées à fusionner, partiellement ou totalement, par le fait d'un regroupement de leurs circonscriptions, un décret fixe les modalités selon lesquelles sont attribués les biens, droits et obligations des caisses intéressées par cette fusion.

Les opérations entraînées par ce transfert bénéficient de l'exonération prévue par l'article L. 124-3.

Article L611-10

Dans les circonscriptions où existent plusieurs caisses de base, la Caisse nationale peut désigner parmi elles une caisse habilitée à assumer des missions communes.

Article L611-11

Une caisse de base peut déléguer à une autre caisse de base, avec l'accord du directeur général de la Caisse nationale ou à sa demande et pour une durée limitée éventuellement reconductible, la prise d'actes juridiques, le service de prestations ou l'exercice d'activités concourant à l'accomplissement de leurs missions.

Article L611-12

I. - Les caisses de base sont administrées par un conseil d'administration composé de membres élus pour six ans au suffrage universel direct par les assurés bénéficiaires des prestations maladie et par les cotisants et retraités de l'assurance vieillesse des artisans et des industriels et commerçants, choisis au sein de ces catégories.

Le conseil d'administration ainsi composé doit comprendre en nombre égal des représentants du groupe professionnel des artisans et de celui des industriels et commerçants.

Dans les caisses de base propres au groupe professionnel des professions libérales, le conseil d'administration est composé de représentants élus pour six ans par les assurés du groupe des professions libérales bénéficiaires de l'assurance maladie.

Toute personne ne bénéficie que d'une voix même si elle appartient à plusieurs des catégories précédemment mentionnées.

Dans les conseils d'administration de toutes les caisses, le nombre des administrateurs retraités est, pour chaque groupe professionnel, au plus égal au tiers des administrateurs élus.

Un décret en Conseil d'Etat prévoit les modalités selon lesquelles les caisses mentionnées aux premier et troisième alinéas peuvent, dans les départements d'outre-mer, être réunies en une seule caisse.

II. - Le conseil d'administration peut siéger en sections professionnelles pour délibérer sur les questions propres à chaque groupe de professions.

III. - Une même personne ne peut être membre du conseil d'administration de plusieurs caisses de base du régime social des indépendants.

Article L611-13

Sont éligibles les électeurs inscrits sur la liste électorale de la caisse de base. Les dispositions des articles L. 231-6 et L. 231-6-1, à l'exclusion du deuxième alinéa du a de son 5°, et L. 637-1 valent conditions d'éligibilité et d'inéligibilité pour les élections des administrateurs des caisses de base.

Les fonctions d'administrateur ou d'agent salarié des organismes auxquels le régime social des indépendants a délégué certaines fonctions liées à ses missions sont incompatibles avec les fonctions d'administrateur d'une caisse du régime social des indépendants.

Aucune limite d'âge supérieure n'est applicable aux représentants des retraités.

Article L611-14

I. - Chaque caisse de base est dotée d'un directeur et d'un agent comptable nommés par le directeur général de la caisse nationale parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

Leur nomination intervient sur avis conforme du conseil d'administration de la caisse de base consulté sur une liste de trois noms établie par le directeur général. Si le conseil ne retient aucun des trois noms, le directeur général de la caisse nomme l'un des candidats figurant sur la liste.

II. - Le directeur général de la caisse nationale peut mettre fin, pour un motif tiré de l'intérêt du service, aux fonctions des directeurs et des agents comptables des caisses de base, sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. La décision mettant fin aux fonctions ne vaut pas licenciement.

III. - Les directeurs et les agents comptables sont salariés des organismes où ils exercent leurs fonctions.

Article L611-15

Les directeurs des caisses de base nomment les agents de direction de la caisse autres que l'agent comptable dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

Section 4 : Contrôle.

Article L611-16

Le contrôle de l'application par les ressortissants des caisses du régime social des indépendants des dispositions du présent code relatives au recouvrement des cotisations et à l'attribution des prestations est confié aux caisses de base et, le cas échéant, à la Caisse nationale.

Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

Les caisses les transmettent aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

Section 5 : Dispositions communes à la caisse nationale et aux caisses locales.

Article L611-17

Les dispositions des articles L. 217-2, L. 231-5, L. 231-12, L. 243-3, L. 253-1, L. 272-1, L. 272-2, L. 281-1 à L. 281-3 s'appliquent à la caisse nationale et aux caisses de base.

Article L611-18

En cas de diminution, pour quelque cause que ce soit, de la moitié au moins du nombre des administrateurs, l'autorité compétente de l'Etat peut nommer par arrêté, pour une durée qui ne peut excéder un an, un administrateur provisoire.

Section 6 : Organisation financière et comptable.

Article L611-19

La caisse nationale est chargée d'assurer la gestion de la trésorerie des différentes branches et régimes mentionnés à l'article L. 611-2.

La gestion centralisée de la trésorerie, à partir d'un compte financier unique, ne concerne que les flux financiers afférents au régime de base obligatoire de sécurité sociale.

Section 7 : Organismes conventionnés.

Article L611-20

La Caisse nationale confie le soin d'assurer pour le compte des caisses de base l'encaissement et le contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales à des organismes régis, soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance.

La Caisse nationale peut confier le soin d'assurer pour le compte des caisses de base le service des prestations maladie, maternité prévues par le présent titre, y compris aux pensionnés ou aux allocataires dont les cotisations sont précomptées dans les conditions déterminées à l'article L. 612-9, à des organismes régis, ou bien par le code de la mutualité, ou bien par le présent code, ou bien par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance.

Article L611-21

Les organismes mentionnés à l'article L. 611-20 concluent une convention avec la Caisse nationale du régime social des indépendants dans des conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat, lequel détermine également les modalités selon lesquelles les assurés expriment leur choix entre ces organismes et, à défaut, sont affiliés d'office à l'un d'eux.

La responsabilité financière de ces organismes peut être engagée, dans des conditions fixées par décret, à l'occasion des opérations qui leur sont confiées par la Caisse nationale en application du même article.

Afin de mettre en oeuvre la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 611-7, une convention nationale d'objectifs et de moyens est conclue, pour la même durée, entre la Caisse nationale et les organes nationaux représentant les organismes mentionnés à l'article L. 611-20.

La mise en oeuvre de la convention nationale d'objectifs et de moyens fait l'objet de contrats locaux d'objectifs et de moyens conclus entre les organes nationaux mentionnés à l'alinéa précédent et les organismes mentionnés à l'article L. 611-20 qui leur sont affiliés.

Article L611-22

En l'absence de conclusion de la convention nationale mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 611-21, un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe, dans des conditions prévues par décret, les objectifs et les moyens applicables aux organismes mentionnés à l'article L. 611-20 pour l'exercice des opérations qui leur sont confiées en application du premier alinéa de cet article.

Chapitre 2 : Financement de la branche assurance maladie et maternité

Section 1 : Généralités.

Article L612-1

Les charges entraînées par l'application du présent titre sont couvertes par :

1°) les cotisations des assurés ;

2°) (Abrogé) ;

3°) une fraction du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge de certaines sociétés instituées par l'article L. 651-1 ;

4°) une fraction du produit de la contribution de solidarité instituée par l'article L. 651-10 ;

5°) (abrogé)

6°) une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1 ;

7°) Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application de l'article L. 615-19-2.

Article L612-2

Le service des prestations de base et la couverture des frais de gestion du régime, de l'action

sanitaire et sociale et de la prévention, de l'éducation et de l'information sanitaires sont assurés à l'aide de cotisations de base établies par décret, selon les règles prévues à l'article L. 612-4.

Article L612-3

Il est institué au profit du régime d'assurance maladie-maternité institué par le présent titre une cotisation sociale de solidarité à la charge des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1. Le taux de cette cotisation additionnelle à la cotisation dont sont redevables personnellement les personnes assujetties en application des dispositions de l'article L. 722-4, ainsi que les modalités de son versement, sont fixés par arrêté interministériel.

Section 2 : Assiette et taux des cotisations - Exonérations.

Article L612-4

Les cotisations sont calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

Les cotisations des retraités sont calculées en pourcentage des allocations ou pensions de retraite servies pendant l'année en cours par les régimes de base et les régimes complémentaires, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires. Elles sont précomptées sur ces allocations ou pensions ou, à défaut, évaluées à titre provisionnel et régularisées a posteriori.

Les conditions d'application du présent article, et notamment le taux et les modalités de calcul des cotisations, ainsi que les seuils d'exonération totale ou partielle sont fixées par décret.

Article L612-6

Les cotisations mentionnées à l'article L. 612-2 sont admises dans les charges déductibles pour la détermination du bénéfice net professionnel soumis à l'impôt sur le revenu ou, lorsqu'elles n'entrent pas en compte pour l'évaluation des revenus professionnels, dans les charges déductibles pour la détermination du revenu net global servant de base audit impôt.

En ce qui concerne les cotisations instituées par application de l'article L. 612-13, le décret prévu à l'article L. 613-20 fixe, le cas échéant, dans quelle proportion elles sont admises dans les charges déductibles au sens de l'alinéa précédent.

Article L612-7

Les taux des cotisations d'assurance maladie assises sur les avantages de retraite des travailleurs indépendants sont réduits à concurrence des recettes supplémentaires procurées à la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles par application des dispositions prévues aux articles L. 613-4 et L. 613-7.

Article L612-8

Les assurés retraités ainsi que leurs ayants droit bénéficiant d'une pension de réversion, dont les revenus n'excèdent pas un montant fixé chaque année par décret, sont exonérés du versement de leurs cotisations sur leur allocations ou pensions.

Les pensions d'invalidité sont exonérées de cotisations dans les conditions fixées par décret.

Section 3 : Recouvrement - Contrôle

Article L612-9

Les cotisations sont recouvrées selon des modalités fixées par décret.

Les cotisations dues sur les allocations ou pensions de retraite prévues au dernier alinéa de l'article L. 612-4 sont précomptées dans des conditions fixées par décret lors du versement par l'organisme débiteur de ces pensions ou allocations.

Article L612-10

Les articles L. 243-8 à L. 243-11, les articles L. 243-13, L. 243-14, L. 256-4, L. 114-13 et L. 377-2 sont applicables, dans des conditions fixées par décret, au régime institué par le présent titre.

Article L612-11

Les dispositions des articles L. 243-4 à L. 243-6 et de l'article L. 243-6-2 sont applicables, sous réserve d'adaptations par décret en Conseil d'Etat, au paiement des cotisations prévues par le présent chapitre.

Section 4 : Contentieux et pénalités.

Article L612-12

Les dispositions du chapitre 4 du titre IV du livre II sont applicables, sous réserve d'adaptations par décret en Conseil d'Etat, au paiement des cotisations prévues par le présent chapitre.

Les dispositions des articles L. 637-1 et L. 637-2 sont applicables au régime institué par le présent titre.

Section 5 : Dispositions diverses.

Article L612-13

La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est couverte par des cotisations supplémentaires fixées par décret et calculées selon les modalités prévues à l'article L. 612-4. Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses mutuelles régionales comportant des affiliés du groupe de professions considéré.

Si l'équilibre financier entre cotisations supplémentaires et prestations supplémentaires versées par les caisses de base est rompu, la caisse nationale est tenue de proposer, après avis de la section professionnelle intéressée de son conseil d'administration, soit une augmentation des cotisations, soit une diminution des prestations ; en cas de carence de sa part, il y est pourvu d'office par décret.

Les dispositions de l'article L. 613-8 sont applicables au service des prestations supplémentaires.

Chapitre 3 : Champ d'application et prestations d'assurance maladie

Section 1 : Généralités

Sous-section 1 : Champ d'application.

Article L613-1

Sont obligatoirement affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles :

1°) les travailleurs indépendants relevant des groupes de professions mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 et ceux qui relèvent de la caisse nationale des barreaux français, mentionnée à l'article L. 723-1, soit :

a. le groupe des professions artisanales ;

b. le groupe des professions industrielles et commerciales, y compris les débitants de tabacs ;

c. le groupe des professions libérales, y compris les avocats ;

2°) les personnes ayant exercé les professions mentionnées au 1° ci-dessus et qui bénéficient d'une allocation ou d'une pension de vieillesse ou d'une pension d'invalidité, en application de l'article L. 621-1 ou en application du chapitre 3 du titre II du livre VII ;

3°) les personnes titulaires d'une allocation ou d'une pension de réversion servie par un régime non agricole en application de l'article L. 643-7, les personnes titulaires d'une allocation ou d'une pension de veuve en application des articles L. 644-1 et L. 644-2 ainsi que les personnes titulaires d'une allocation ou d'une pension de réversion servie par la caisse nationale des barreaux français, mentionnée à l'article L. 723-1, et les anciens débitants de tabacs bénéficiaires de l'allocation viagère prévue par l'article 59 de la loi de finances n° 63-156 du 23 février 1963 ;

4°) sous réserve des dispositions de l'article L. 311-2 et du 11° de l'article L. 311-3, le conjoint associé qui participe à l'activité de l'entreprise artisanale ou commerciale ;

5°) l'associé unique des entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée sauf si l'activité qu'il exerce est de nature agricole au sens de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime ;

6° Les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles ;

7° Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme dont le revenu imposable de l'activité est supérieur au seuil d'exonération de faibles revenus professionnels non salariés non agricoles applicable en matière de cotisations d'allocations familiales ;

8° Les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés ou destinés à être loués meublés à titre professionnel au sens du VII de l'article 151 septies du code général des impôts, à l'exclusion de celles relevant de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime.

Article L613-2

Ne sont pas affiliées au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles :

1°) les personnes exerçant ou ayant exercé, à titre exclusif, une activité non salariée entraînant soit leur affiliation à un régime obligatoire légal ou réglementaire de sécurité sociale de salariés, soit le bénéfice du régime des avantages sociaux complémentaires accordés aux praticiens et auxiliaires médicaux et aux bénéficiaires de l'article L. 371-1 ;

2°) les personnes qui se trouvent dans une situation impliquant leur assujettissement obligatoire aux assurances sociales du régime général en application des sections 3 ou 5 du chapitre 1er du titre VIII du livre III.

Sous-section 2 : Situations particulières.

Article L613-3

Les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 613-1 ci-dessus qui, au 31 décembre 1968, ou au 10 juillet 1970 en ce qui concerne les débitants de tabac, bénéficiaient, en qualité de membre de la famille d'un assuré d'un régime de salariés, des prestations en nature dudit régime ne sont pas affiliées au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et continuent à bénéficier desdites prestations aussi longtemps qu'ils remplissent les conditions requises pour l'octroi de celles-ci.

Les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 613-1 ci-dessus bénéficiant, au 31 décembre 1968 ou au 10 juillet 1970 en ce qui concerne les anciens débitants de tabacs, en qualité de la famille d'un assuré, des prestations en nature d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie continuent à relever de ce régime aussi longtemps qu'ils remplissent les conditions exigées pour bénéficier des prestations de celui-ci.

Article L613-4

Les personnes exerçant simultanément plusieurs activités dont l'une relève de l'assurance obligatoire des travailleurs non salariés des professions non agricoles sont affiliées et cotisent simultanément aux régimes dont relèvent ces activités.

Le droit aux prestations en nature leur est ouvert dans le régime de leur choix, selon des modalités définies par décret.

Lorsque l'activité salariée exercée simultanément avec l'activité principale non salariée non agricole répond aux conditions prévues à l'article L. 313-1 pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces maladie et maternité, les intéressés perçoivent lesdites prestations qui leur sont servies par le régime d'assurance maladie dont ils relèvent au titre de leur activité salariée.

Article L613-5

Le droit aux prestations des personnes mentionnées au 2° de l'article L. 613-1 ci-dessus, qui ont exercé simultanément ou successivement plusieurs activités professionnelles, salariées ou non salariées, est ouvert dans le régime dont a ou aurait relevé leur activité principale.

Toutefois, il n'est pas apporté de modification à la situation des personnes qui, au 1er janvier 1969, bénéficient d'un avantage ouvrant droit aux prestations en nature, soit des assurances sociales en vertu des articles L. 311-9 et L. 311-10, L. 313-4 et du premier alinéa de l'article L. 381-26 du code de la sécurité sociale, de la réglementation applicable aux régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 du même code ou de la législation relative au régime agricole des assurances sociales des salariés, soit du régime d'assurance maladie, invalidité et maternité des exploitants agricoles en application du chapitre III-1 du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime.

Les personnes mentionnées au premier alinéa du présent article, bénéficiant, au titre de régimes différents, d'une pension d'invalidité ou d'un avantage de vieillesse substitué, et d'une pension, rente ou allocation de vieillesse relèvent du régime d'assurance maladie correspondant à l'activité qui leur a ouvert droit à la pension d'invalidité ou à l'avantage de vieillesse substitué.

Article L613-6

Par dérogation à la législation en vigueur, l'assuré social ou ses ayants droit, qui a des droits ouverts dans plusieurs régimes d'assurance vieillesse continue, sauf demande contraire expresse de sa part, de relever du régime d'assurance maladie et maternité auquel il est rattaché depuis une durée déterminée au moment de la cessation de son activité professionnelle ou de l'ouverture de ses droits à pension de réversion.

Article L613-7

Les personnes bénéficiaires d'un avantage de retraite ou d'une pension d'invalidité, exerçant une activité professionnelle, sont affiliées et cotisent simultanément au régime d'assurance maladie dont relève leur avantage ou leur pension et à celui dont relève leur activité.

Toutefois, le droit aux prestations est ouvert dans l'un ou l'autre régime, au choix de l'intéressé.

Sous-section 4 : Droit aux prestations.

Article L613-8

Pour bénéficier, le cas échéant, du règlement des prestations en espèces pendant une durée déterminée, l'assuré doit être à jour de ses cotisations annuelles dans des conditions fixées par décret. Le défaut de versement des cotisations ne suspend le bénéfice des prestations qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à compter de la date d'échéance. Cependant, en cas de paiement plus tardif, il peut, dans un délai déterminé, faire valoir ses droits aux prestations, mais le règlement ne peut intervenir que si la totalité des cotisations dues a été acquittée avant l'expiration du même délai.

Lorsque le tribunal arrête un plan de sauvegarde ou de redressement judiciaire en application de l'article L. 621-70 (1) du code de commerce ou lorsque la commission de recours amiable de la caisse mutuelle régionale accorde à l'assuré un étalement du paiement des cotisations, ce dernier est rétabli dans ses droits aux prestations à compter du prononcé du jugement ou de la prise de décision de la caisse mutuelle régionale, dès lors qu'il s'acquitte régulièrement des cotisations dues selon l'échéancier prévu ainsi que des cotisations en cours.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa du présent article, l'assuré dont l'entreprise a fait l'objet d'une liquidation judiciaire et qui ne remplit plus les conditions pour relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire peut bénéficier à compter du jugement de liquidation judiciaire des dispositions de l'article L. 161-8.

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 612-9, l'assuré qui devient titulaire d'une allocation ou d'une pension de vieillesse et dont les cotisations dues au régime obligatoire d'assurance maladie au titre de la période d'activité professionnelle non salariée non agricole ont été admises en non-valeur peut faire valoir son droit aux prestations.

L'assuré qui reprend une activité non salariée non agricole postérieurement à une liquidation judiciaire clôturée pour insuffisance d'actif et à une admission en non-valeur des cotisations dues peut faire valoir son droit aux prestations à compter du début de sa nouvelle activité, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, à la condition de ne pas avoir fait l'objet d'un précédent jugement de clôture pour insuffisance d'actif. Les cotisations visées dans ce cas sont celles dues par l'assuré, au titre de la reprise d'une activité non salariée non agricole.

Article L613-9

Les prestations servies par le régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles comportent des prestations de base communes à l'ensemble des groupes professionnels mentionnés au 1° de l'article L. 613-1, et, éventuellement, des prestations supplémentaires propres à un ou plusieurs de ces groupes.

Article L613-10

Peuvent bénéficier des prestations prévues à l'article L. 613-9 ci-dessus :

1°) l'assuré ;

2°) le conjoint de l'assuré, sous réserve qu'il ne soit pas couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité ;

3°) les autres membres de la famille de l'assuré, tels que définis aux 2°, 3° et 4° de l'article L. 313-3 ;

4°) la personne vivant maritalement avec un assuré et qui remplit les conditions mentionnées à l'article L. 161-14.

Section 2 : Dispositions relatives aux soins - Contrôle médical

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article L613-12

Les dispositions du chapitre 2 du titre VI du livre Ier ainsi que les articles L. 314-1, L. 322-1, L. 324-1 et L. 332-3 sont applicables au régime institué par le présent titre selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

Sous-section 3 : Contrôle médical.

Article L613-13

Les caisses de base mentionnées à l'article L. 611-3 assurent le contrôle médical dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. A cet effet, elles peuvent, le cas échéant, passer convention avec un autre organisme de sécurité sociale.

Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2 et L. 315-2-1 sont applicables au régime social des indépendants.

Section 3 : Prestations de base

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article L613-14

Les prestations de base servies aux ressortissants du régime institué par le présent livre en cas de maladie ou d'accident sont celles prévues aux 1°, 2°, 3°, 4°, 6°, 7°, 8° et 9° de l'article L. 321-1 et, en cas de maternité, celles prévues à l'article L. 331-2.

A cet effet, il est fait application des dispositions prévues aux articles L. 322-2, L. 322-3 et L. 332-1

à L. 332-3.

Les assurés malades ou blessés de guerre, relevant du présent livre, qui bénéficient, au titre de la législation des pensions militaires, d'une pension d'invalidité sont dispensés pour eux personnellement du pourcentage de participation aux frais médicaux, pharmaceutiques et autres pour les maladies, blessures ou infirmités non mentionnées par la législation sur les pensions militaires.

Sous-section 2 : Dispositions particulières relatives à l'assurance maternité

Article L613-19

Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime institué par le présent titre bénéficient à l'occasion de leurs maternités d'une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité.

Lorsqu'elles cessent toute activité professionnelle pendant une durée minimale, dont une partie doit immédiatement précéder la date présumée de l'accouchement, les assurées reçoivent également une indemnité journalière forfaitaire. Les femmes dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol bénéficient de l'indemnité journalière forfaitaire à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans les conditions prévues par l'article 32 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Les femmes mentionnées au premier alinéa bénéficient des allocations prévues par le présent article à l'occasion de l'arrivée à leur foyer d'un enfant confié en vue de son adoption par un service d'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption. Ces allocations sont également accordées aux femmes titulaires de l'agrément mentionné aux articles L. 225-2 à L. 225-7 et L. 225-18 ou L. 225-15 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'elles adoptent ou accueillent un enfant en vue de son adoption par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer sur le territoire français. Les allocations sont servies dans les conditions suivantes :

1°) l'allocation forfaitaire prévue au premier alinéa est due pour sa moitié ;

2°) l'indemnité journalière est due pour la ou les périodes d'interruption d'activité se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer, la durée maximale d'attribution de la prestation étant égale aux trois quarts de celle qui est prévue en cas de maternité.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment le montant de l'allocation prévue au premier alinéa, les montants et les durées d'attribution de l'indemnité journalière prévue au deuxième alinéa, notamment lorsque l'accouchement a lieu plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant.

Les montants des prestations sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées pour le plafond prévu à l'article L. 241-3.

Article L613-19-1

Les conjointes collaboratrices mentionnées au registre du commerce et des sociétés, au registre des entreprises tenu par les chambres de métiers d'Alsace et de la Moselle ou au répertoire des métiers ainsi que les conjointes des personnes mentionnées au 5° de l'article L. 613-1 et les conjointes des membres des professions libérales relevant du régime institué par le présent titre qui remplissent les conditions de collaboration professionnelle définies par décret bénéficient, à l'occasion de leurs maternités :

- de l'allocation forfaitaire de repos maternel mentionnée au premier alinéa de l'article L. 613-19 ;

- lorsqu'elles font appel à du personnel salarié pour se faire remplacer dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'elles effectuent habituellement, d'une indemnité complémentaire proportionnelle à la durée et au coût de ce remplacement.

Elles bénéficient également, à l'occasion de l'arrivée à leur foyer d'un enfant confié en vue de son adoption par un service d'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption, des allocations prévues par le présent article dans les conditions suivantes :

1° L'allocation forfaitaire de repos maternel est due pour sa moitié ;

2° L'allocation de remplacement est due pour la ou les périodes de remplacement se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer, la durée maximale d'attribution de la prestation étant égale à la moitié de celle qui est prévue en cas de maternité.

Ces allocations sont également accordées aux femmes titulaires de l'agrément mentionné aux articles L. 225-2 à L. 225-7 et L. 225-18 ou L. 225-15 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'elles adoptent ou accueillent un enfant en vue de son adoption par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer sur le territoire français.

Le montant maximal de l'allocation de remplacement est revalorisé dans les mêmes conditions que celles fixées par les articles L. 141-3 et L. 141-4 du code du travail pour le salaire minimum de croissance.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment le montant de l'allocation prévue au deuxième alinéa, les montants et les durées d'attribution de l'indemnité journalière prévue au troisième alinéa, notamment lorsque l'accouchement a lieu plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant.

Article L613-19-2

Les pères qui relèvent à titre personnel du régime institué au présent titre bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de cesser toute activité professionnelle, de l'indemnité journalière forfaitaire mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 613-19.

Les pères conjoints collaborateurs remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 613-19-1 bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'ils effectuent habituellement, de l'indemnité complémentaire visée au troisième alinéa dudit article.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment les montants et la durée d'attribution des prestations.

Section 4 : Prestations supplémentaires.

Article L613-20

Les prestations supplémentaires sont instituées, modifiées ou supprimées par décret pris sur proposition faite, à la majorité des membres élus d'une ou plusieurs sections professionnelles du conseil d'administration de la Caisse nationale.

Les prestations supplémentaires peuvent être communes à plusieurs groupes professionnels si les sections professionnelles représentant ces groupes et statuant à la majorité ci-dessus définie, en font la demande. Dans ce cas, l'équilibre financier est assuré dans le cadre de l'ensemble des groupes intéressés.

Les prestations supplémentaires sont choisies parmi les catégories de prestations figurant au 1° de l'article L. 321-1 ou consistent soit en l'octroi, dans tout ou partie des cas entraînant une incapacité de travail, des indemnités journalières prévues au 5° du même article et au 2° de l'article L. 431-1, soit en une réduction de la participation de l'assuré aux tarifs servant au calcul du remboursement des prestations de base, sans que cette participation puisse être inférieure à celle prévue à l'article L. 322-2.

Lorsque la prestation supplémentaire consiste en l'octroi des indemnités journalières prévues au 5° de l'article L. 321-1, le bénéficiaire est soumis aux obligations fixées à l'article L. 323-6, sous peine des pénalités prévues à cet article. L'article L. 323-7 lui est également applicable.

La charge des prestations supplémentaires est couverte par des cotisations supplémentaires, dans les conditions précisées à l'article L. 612-13.

Section 6 : Dispositions diverses.

Article L613-21

Les dispositions des articles L. 217-1, L. 332-1, L. 375-1 et L. 376-1 à L. 376-3 sont applicables aux assurés et organismes relevant du présent titre.

Article L613-22

Sont résiliés de plein droit, à compter de la date où les risques sont couverts par application du présent titre, tous contrats en cours assurant lesdits risques.

Au cas où la garantie résultant desdits contrats serait supérieure à celle qu'assure le régime, le maintien en vigueur du contrat devra donner lieu à l'établissement d'un avenant et à une réduction de prime.

Les primes afférentes aux risques qui ne sont plus assurés seront remboursées.

Article L613-23

En matière de droits de timbre et d'enregistrement, l'exonération des pièces relatives à l'application du présent titre est régie par l'article 1069-I du code général des impôts. Cette exonération s'étend à la taxe spéciale sur les conventions d'assurance.

Chapitre 4 : Contentieux

Section 1 : Contentieux.

Article L614-1

Les différends nés de l'application du présent titre sont soumis aux juridictions mentionnées aux chapitres 2 à 4 du titre IV du livre Ier.

Les dispositions du chapitre 5 du titre IV du livre Ier et du chapitre 7 du titre VII du livre III sont applicables à l'occasion des soins dispensés et des prestations servies aux bénéficiaires du présent titre.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 2 : Généralités relatives aux organisations autonomes d'assurance vieillesse

Chapitre 1er : Dispositions institutionnelles.

Article L621-1

Il est institué un régime d'assurance vieillesse applicable aux personnes non salariées ou assimilées, dans les conditions déterminées par les titres II, III et IV du présent livre.

Article L621-2

Le service des prestations de vieillesse est assuré par des organisations autonomes fonctionnant pour un ou plusieurs des groupes professionnels définis à l'article L. 621-3 et comportant éventuellement une caisse nationale, des caisses locales ou régionales ou des sections professionnelles.

Des décrets en Conseil d'Etat déterminent, après avis [*préalable*] du conseil d'administration de la caisse nationale intéressée, la structure des organisations, leurs règles de fonctionnement ainsi que le mode d'élection des membres des conseils d'administration de leurs caisses ou sections de caisses.

Article L621-3

Les groupes professionnels mentionnés à l'article L. 621-2 sont :

- 1° Le groupe des professions artisanales ;
- 2° Le groupe des professions industrielles et commerciales ;
- 3° Le groupe des professions libérales ;

4° Le groupe des professions agricoles.

Sur proposition de ces régimes, des décrets en Conseil d'Etat pourront décider la fusion de plusieurs d'entre eux.

Article L621-4

Un décret définit la notion d'activité principale mentionnée à l'article L. 622-1.

Chapitre 2 : Champ d'application, affiliation.

Article L622-1

Lorsqu'une personne exerce simultanément plusieurs activités professionnelles non salariées dépendant de régimes d'assurance vieillesse distincts, elle est affiliée au régime d'assurance vieillesse dont relève son activité principale.

Lorsqu'une personne a exercé simultanément plusieurs activités professionnelles non salariées dépendant de régimes d'assurance vieillesse distincts, l'allocation est à la charge du régime d'assurance vieillesse dont relevait ou aurait relevé son activité principale. Toutefois, les personnes admises à percevoir une demi-allocation agricole et une demi-allocation d'un autre régime non salarié continueront à recevoir ces deux demi-allocations jusqu'à ce qu'elles soient appelées à percevoir une allocation intégrale du régime dont relève leur activité principale.

Article L622-2

Lorsqu'une personne exerce simultanément une activité salariée et une activité non salariée *cumul*, elle est affiliée à l'organisation d'assurance vieillesse dont relève son activité non salariée, même si cette activité est exercée à titre accessoire, sans préjudice de son affiliation au régime des travailleurs salariés. Lorsqu'une personne a cotisé simultanément à un régime de sécurité sociale en tant que salariée et à un autre régime en tant que non-salariée, les avantages qui lui sont dus au titre de ses cotisations se cumulent.

Article L622-3

Les professions artisanales groupent les chefs des entreprises individuelles, les gérants et associés non salariés des entreprises exploitées sous forme de société, immatriculés au répertoire des métiers

ou susceptibles d'être assujettis à cette immatriculation ainsi que toutes les personnes qui, lors de leur dernière activité professionnelle, dirigeaient en une de ces qualités une entreprise dont l'activité et la dimension auraient été de nature à provoquer cette immatriculation si celle-ci avait été obligatoire à l'époque où les intéressés ont exercé cette activité.

Toutefois, les professions qui ont été rattachées à un groupe mentionné à l'article L. 621-3 par des décrets antérieurs au 15 juillet 1962 le demeurent.

Un décret fixera les conditions d'application du présent article dans les départements de la Moselle, du Haut-Rhin et du Bas-Rhin.

Article L622-4

Les professions industrielles et commerciales groupent toutes les personnes dont l'activité professionnelle comporte soit l'inscription au registre du commerce, soit l'assujettissement à la contribution économique territoriale en tant que commerçant, ou dont la dernière activité professionnelle aurait été de nature à provoquer cette inscription ou l'assujettissement à la patente ou à la contribution économique territoriale s'il avait été obligatoire à l'époque où les intéressés ont exercé cette activité à l'exception des personnes exerçant une activité professionnelle qui relève à titre obligatoire du régime spécial de sécurité sociale des marins. Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, sont également affiliés au groupe des professions industrielles et commerciales les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme dont le revenu imposable de l'activité est supérieur au seuil d'exonération de faibles revenus professionnels non salariés non agricoles applicable en matière de cotisations d'allocations familiales.

Article L622-5

Les professions libérales groupent les personnes exerçant l'une des professions ci-après ou dont la dernière activité professionnelle a consisté dans l'exercice de l'une de ces professions :

1°) médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, architecte, expert-comptable, vétérinaire ;

2°) notaire, huissier de justice, personne ayant la qualité de commissaire-priseur judiciaire habilité à diriger les ventes dans les conditions prévues à l'article L. 321-4 du code de commerce, syndic ou administrateur et liquidateur judiciaire, agréé, greffier, expert devant les tribunaux, personne bénéficiaire de l'agrément prévu par l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles, courtier en valeurs, arbitre devant le tribunal de commerce, artiste non mentionné à l'article L. 382-1, ingénieur-conseil, auxiliaire médical, agent général d'assurances ;

3°) et d'une manière générale, toute personne autre que les avocats, exerçant une activité professionnelle non-salariée et qui n'est pas assimilée à une activité salariée pour l'application du livre III du présent code, lorsque cette activité ne relève pas d'une autre organisation autonome en vertu des articles L. 622-3, L. 622-4, L. 622-6 ou d'un décret pris en application de l'article L. 622-7.

Pour des raisons impérieuses de sécurité, les moniteurs de ski titulaires d'un brevet d'Etat ou d'une autorisation d'exercer, organisés en association ou en syndicat professionnel pour la mise en oeuvre de leur activité, sont considérés comme exerçant une activité non salariée relevant du régime des travailleurs indépendants et ce, quel que soit le public auquel ils s'adressent.

Article L622-5

Les professions libérales groupent les personnes exerçant l'une des professions ci-après ou dont la dernière activité professionnelle a consisté dans l'exercice de l'une de ces professions :

1°) médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, architecte, expert-comptable, vétérinaire ;

2°) notaire, avoué, huissier de justice, personne ayant la qualité de commissaire-priseur judiciaire habilité à diriger les ventes dans les conditions prévues à l'article L. 321-4 du code de commerce, syndic ou administrateur et liquidateur judiciaire, agréé, greffier, expert devant les tribunaux, personne bénéficiaire de l'agrément prévu par l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles, courtier en valeurs, arbitre devant le tribunal de commerce, artiste non mentionné à l'article L. 382-1, ingénieur-conseil, auxiliaire médical, agent général d'assurances ;

3°) et d'une manière générale, toute personne autre que les avocats, exerçant une activité professionnelle non-salariée et qui n'est pas assimilée à une activité salariée pour l'application du livre III du présent code, lorsque cette activité ne relève pas d'une autre organisation autonome en vertu des articles L. 622-3, L. 622-4, L. 622-6 ou d'un décret pris en application de l'article L. 622-7.

Pour des raisons impérieuses de sécurité, les moniteurs de ski titulaires d'un brevet d'Etat ou d'une autorisation d'exercer, organisés en association ou en syndicat professionnel pour la mise en oeuvre de leur activité, sont considérés comme exerçant une activité non salariée relevant du régime des travailleurs indépendants et ce, quel que soit le public auquel ils s'adressent.

Article L622-6

Les professions agricoles groupent les personnes non salariées désignées à l'article 1107 du code rural.

Article L622-7

Des décrets pris après consultation du conseil d'administration de la caisse nationale intéressée classent dans l'un des quatre groupes mentionnés à l'article L. 621-3 *professions artisanales, industrielles et commerciales, libérales et agricoles*, les activités professionnelles non salariées qui ne sont pas énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-6.

Article L622-8

Sous réserve de l'application des dispositions des articles L. 311-2 et L. 311-6 du présent code, le conjoint collaborateur et le conjoint associé mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce sont affiliés personnellement au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales auquel le chef d'entreprise est affilié.

Article L622-9

L'associé unique des entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée est affilié au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales sauf si l'activité qu'il exerce est de nature agricole au sens de l'article 1144 du code rural.

Chapitre 3 : Dispositions communes à l'ensemble des régimes d'assurance vieillesse.

Article L623-1

Pour les professions non agricoles, sont applicables aux organismes et personnes entrant dans le champ d'application des titres II, III et IV du présent livre et sous réserve des dispositions particulières dudit livre, les articles L. 211-7, L. 216-1, L. 114-10, L. 231-5, L. 231-6-1 (1°), L. 231-12, L. 243-4, L. 243-5 et L. 243-6-2, L. 243-9 et L. 243-11, L. 243-14, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 à L. 244-14, L. 256-3, L. 272-1 et L. 272-2, L. 273-1, L. 281-1, L. 281-3, L. 353-3, L. 355-2, L. 355-3, L. 114-13 et L. 377-2.

Section 1 : Organisation financière.

Article L623-2

Les caisses procèdent au recouvrement des cotisations ; en cas de défaillance, les caisses des trois premiers groupes mentionnés à l'article L. 621-3 [*professions artisanales, industrielles et commerciales et libérales*] peuvent demander à l'autorité administrative de faire procéder au recouvrement des cotisations dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

Section 5 : Contrôle de l'administration - Dispositions diverses.

Article L623-4

Un décret fixe les conditions dans lesquelles les organisations autonomes mentionnées à l'article L. 621-2 remboursent, au budget général, une fraction des frais de fonctionnement des services administratifs de la sécurité sociale du ministère chargé de la sécurité sociale et du ministère chargé de l'agriculture.

Article L623-6

Les caisses des organisations autonomes mentionnées à l'article L. 621-2 peuvent si elles l'estiment nécessaire, avant décision d'attribution ou de refus d'allocation, demander aux administrations fiscales tous renseignements relatifs aux ressources du requérant.

La communication aux caisses mentionnées ci-dessus des renseignements nécessaires pour instruire les demandes tendant à l'attribution d'allocation de vieillesse est régie par les dispositions de l'article L. 156 du livre des procédures fiscales.

Les membres des conseils d'administration de ces caisses, ainsi que leur personnel, sont tenus au secret professionnel dans les termes des articles 226-13 et 226-14 du code pénal et passibles des peines prévues audit article.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales

Chapitre 3 : Dispositions communes en matière d'organisation administrative et financière

Section 2 : Organisation financière - Cotisations.

Article L633-9

La couverture des charges des régimes d'assurance vieillesse mentionnés à la section 1 est assurée par :

- 1°) les cotisations des assurés ;
- 2°) les versements à intervenir au titre de la compensation instituée par l'article L. 134-1 ;
- 3°) une fraction du produit de la contribution sociale de solidarité instituée par l'article L. 651-1 ;
- 4°) une contribution du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2 ;
- 5°) une contribution de l'Etat dont le montant est fixé par la loi de finances.

Article L633-10

Les cotisations sont calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

Le montant du plafond est celui fixé en matière d'assurance vieillesse du régime général en

application du premier alinéa de l'article L. 241-3. Le taux de cotisation est égal au total de ceux fixés en application des deuxième et quatrième alinéas dudit article.

Un décret fixe les conditions d'application des alinéas précédents.

Les cotisations du conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce sont calculées, à sa demande :

1° Soit sur un revenu forfaitaire ou sur un pourcentage du revenu d'activité du chef d'entreprise ;

2° Soit, avec l'accord du chef d'entreprise, sur une fraction du revenu d'activité de ce dernier qui est déduite, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6, du revenu d'activité du chef d'entreprise pris en compte pour déterminer l'assiette de sa cotisation d'assurance vieillesse.

Les dispositions de l'article L. 131-6-1 sont applicables aux cotisations dues par le conjoint collaborateur, sur sa demande ou sur celle du chef d'entreprise. Elles ne sont pas applicables au conjoint adhérent, à la date d'entrée en vigueur de l'article 15 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, à l'assurance volontaire vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles, en application des dispositions de l'article L. 742-6.

Les modalités d'application des 1° et 2° sont fixées par décret.

Article L633-11

Le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 633-10 peut demander la prise en compte, par le régime prévu au titre Ier du présent livre, de périodes d'activité, sous réserve de justifier par tous moyens avoir participé directement et effectivement à l'activité de l'entreprise et d'acquitter des cotisations dans des conditions garantissant la neutralité actuarielle. Les périodes susceptibles d'être rachetées sont limitées à six années. Le rachat est autorisé jusqu'au 31 décembre 2020.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, notamment :

- les conditions dans lesquelles les demandes doivent être présentées ;
- le mode de calcul des cotisations et les coefficients de revalorisation qui leur sont applicables ;
- les modalités de liquidation des droits à l'assurance vieillesse des demandeurs.

Article L633-11-1

Sont applicables aux branches d'assurance vieillesse du régime social des indépendants et aux personnes assujetties, sous réserve d'adaptations par décret, les dispositions des articles L. 243-6, L.

Chapitre 4 : Prestations.

Article L634-1

Il est établi un alignement des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales sur le régime général de sécurité sociale, en attendant l'institution d'un régime de base unique en matière d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et non salariés et de leurs conjoints.

Section 1 : Généralités.

Article L634-2

Sous réserve d'adaptation par décret, les prestations des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies au deuxième alinéa de l'article L. 341-15, du premier au quatrième alinéas de l'article L. 351-1, à l'article L. 351-1-2, au premier alinéa de l'article L. 351-2, à l'article L. 351-3 à l'exception du 7°, aux articles L. 351-4, L. 351-4-1, L. 351-6, L. 351-7 à L. 351-10-1, L. 351-12, L. 351-13, L. 353-1 à L. 353-6, au deuxième alinéa de l'article L. 355-1 et à l'article L. 355-2.

Lorsqu'il est fait application des dispositions du 2° de l'article L. 633-10, les dispositions de l'article L. 351-10 s'appliquent au total des droits acquis par les deux conjoints.

Article L634-2-1

I.-Lorsqu'en application du premier alinéa de l'article L. 351-2, il est retenu un nombre de trimestres d'assurances inférieur à quatre par année civile d'exercice, à titre exclusif, d'une activité non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, l'assuré est autorisé à effectuer un versement complémentaire de cotisations.

En cas de cessation d'activité, l'assuré est autorisé à effectuer, au cours de l'année de la cessation, le versement complémentaire afférent à la cotisation de l'année régularisée.

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

II.-Lorsqu'en application du premier alinéa de l'article L. 351-2, moins de quatre trimestres d'assurance sont validés au titre d'une année civile d'exercice d'une activité non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, l'assuré peut demander la validation d'un trimestre par période de quatre-vingt-dix jours d'affiliation continue ou non au cours de cette année civile aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Le bénéfice des dispositions ci-dessus est subordonné :

a) A une durée minimale d'affiliation aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales fixée par décret ; ce décret fixe également le nombre maximum de trimestres qui peuvent être validés par l'assuré en fonction de sa durée d'affiliation à ces régimes et les modalités particulières de prise en compte de cette durée lorsqu'elle est en tout ou partie antérieure au 1er janvier 2009 ;

b) Au versement, dans un délai fixé par décret, d'une cotisation qui ne peut être inférieure au minimum de cotisation prévu au premier alinéa de l'article L. 351-2.

L'application des dispositions ci-dessus ne peut avoir pour effet de porter le total des trimestres validés par l'assuré au titre de l'année considérée au-delà du nombre de périodes de quatre-vingt-dix jours accomplies durant cette année.

La validation est accordée à tout assuré respectant les conditions fixées au présent II.

Ne peuvent se prévaloir des dispositions ci-dessus :

1° Les associés ou commandités, gérants ou non, d'une entreprise exploitée sous forme de société dès lors qu'au titre de l'année considérée les revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qu'eux-mêmes, leur conjoint, ou leur partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité et leurs enfants mineurs non émancipés ont perçus de ladite entreprise excèdent un seuil fixé par décret ;

2° Les assurés qui ne sont pas à jour des obligations déclaratives ou de paiement relatives à leurs cotisations et contributions personnelles et, le cas échéant, de celles relatives aux cotisations et contributions afférentes aux gains et rémunérations de leurs salariés ; toutefois, la condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que les intéressés, d'une part, ont souscrit et respectent un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquittent les cotisations en cours à leur date d'exigibilité ;

3° Les conjoints ou partenaires collaborateurs et les assurés mentionnés à l'article L. 742-6, au titre de l'année ou de la fraction d'année durant laquelle ils avaient cette qualité.

Les assurés ayant validé moins de quatre trimestres d'assurance au titre d'une année pour laquelle leurs cotisations et celles de leur conjoint ou partenaire collaborateur ont été déterminées compte tenu du 2° de l'article L. 633-10 ne peuvent se prévaloir des dispositions ci-dessus, au titre de ladite année, que si leur revenu professionnel était inférieur au revenu minimum exigé pour la validation de quatre trimestres.

Le financement des validations instituées par le présent article est assuré par une fraction des cotisations d'assurance vieillesse des régimes concernés. Ces opérations font l'objet d'un suivi comptable spécifique dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les trimestres validés au titre du présent II ne sont pas pris en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 634-3-2 et L. 634-3-3, des II et III des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code, des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, du 5° du I de l'article L. 24 et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Article L634-2-2

Sont prises en compte par les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, pour l'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations fixées dans des conditions définies par décret garantissant la neutralité actuarielle et dans la limite totale de douze trimestres d'assurance :

1° Les périodes d'études accomplies dans les établissements, écoles et classes mentionnés à l'article L. 381-4 et n'ayant pas donné lieu à affiliation à un régime d'assurance vieillesse lorsque le régime d'assurance vieillesse des professions artisanales ou celui des professions industrielles et commerciales est le premier régime d'affiliation à l'assurance vieillesse après lesdites études ; ces périodes d'études doivent avoir donné lieu à l'obtention d'un diplôme, l'admission dans les grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles étant assimilée à l'obtention d'un diplôme ; les périodes d'études ayant permis l'obtention d'un diplôme équivalent délivré par un Etat membre de l'Union européenne peuvent également être prises en compte ;

2° Les années civiles ayant donné lieu à affiliation à l'assurance vieillesse du régime des professions artisanales ou à celui des professions industrielles et commerciales à quelque titre que ce soit, au titre desquelles il est retenu, en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1, un nombre de trimestres inférieur à quatre.

Article L634-3

Les prestations afférentes aux périodes d'assurance ou d'activité professionnelle non salariée ou périodes assimilées antérieures au 1er janvier 1973 demeurent calculées, liquidées et servies dans les conditions définies par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur au 31 décembre 1972, sous réserve d'adaptation par décret.

Les coefficients de revalorisation mentionnés à l'article L. 634-5 sont applicables aux prestations contributives mentionnées au présent article.

Article L634-3-1

Les prestations visées aux articles L. 634-2 et L. 634-3 peuvent être liquidées et servies dans les conditions prévues aux articles L. 351-15 et L. 351-16 [*retraite progressive*] lorsque l'assuré justifie d'une activité à temps partiel exercée à titre exclusif et relevant du régime d'assurance vieillesse des professions artisanales ou du régime des professions industrielles et commerciales, dans des conditions fixées par décret et relatives, notamment, à la diminution des revenus professionnels.

Section 2 : Ouverture des droits et liquidation des pensions de vieillesse.

Article L634-3-2

L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissé, pour les assurés qui ont commencé leur activité avant un âge et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent article et, notamment, les conditions dans lesquelles, le cas échéant, une partie des périodes de service national peut être réputée avoir donné lieu au versement de cotisations.

Article L634-3-3

La condition d'âge prévue au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissée dans des conditions fixées par décret pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par décret ou qu'ils bénéficiaient de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mentionnée à l'article L. 5213-1 du code du travail, une durée d'assurance dans les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré.

La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret.

Article L634-4

Le revenu annuel moyen servant de base au calcul de la pension est défini par décret en Conseil d'Etat.

Article L634-5

Les pensions ou rentes versées par les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales ainsi que les revenus servant de base au calcul de ces pensions ou rentes sont revalorisés, par arrêté interministériel, aux mêmes dates et selon les mêmes taux que ceux fixés dans le régime général de sécurité sociale.

Section 3 : Service des pensions de vieillesse.

Article L634-6

Le service d'une pension de vieillesse liquidée au titre des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales et dont l'entrée en jouissance intervient à compter d'un âge fixé par décret en Conseil d'Etat est subordonné à la cessation définitive des activités relevant du ou desdits régimes.

Les dispositions du premier alinéa ne font pas obstacle à l'exercice par l'assuré d'une activité procurant des revenus inférieurs à des seuils adaptés selon les zones géographiques concernées et déterminés dans des conditions fixées par décret.

Lorsque l'assuré reprend une activité lui procurant des revenus supérieurs à ceux prévus à l'alinéa précédent, il en informe la caisse compétente et le service de la pension est suspendu.

Par dérogation aux trois précédents alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :

- a) A partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 ;
- b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa.

Les dispositions du premier alinéa ne sont pas opposables à l'assuré qui demande le bénéfice de sa pension au titre de l'article L. 634-3-1.

Article L634-6-1

Les assurés qui transmettent leur entreprise sont autorisés à y poursuivre l'exercice d'une activité rémunérée sans que celle-ci fasse obstacle au service de prestations de vieillesse liquidées par un régime obligatoire.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment l'âge avant lequel doit intervenir la transmission de l'entreprise et la durée du cumul entre la pension et les revenus d'activité. Il comporte en outre des dispositions spécifiques aux activités de tutorat rémunérées exercées conformément à l'article L. 129-1 du code de commerce.

Chapitre 5 : Régimes complémentaires d'assurance vieillesse - Régimes d'assurance invalidité-décès

Section 1 : Régimes complémentaires d'assurance vieillesse.

Article L635-1

Les régimes complémentaires obligatoires d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales assurent au bénéfice des personnes affiliées l'acquisition et le versement d'une pension exprimée en points. Le montant annuel de la pension individuelle de droit direct servie par ces régimes est obtenu par le produit du nombre total de points porté au compte de l'intéressé par la valeur de service du point.

Toute personne relevant de l'un des groupes professionnels mentionnés au 1° ou au 2° de l'article L. 621-3, y compris lorsque l'adhésion s'effectue à titre volontaire ou en vertu du bénéfice d'une pension d'invalidité, est affiliée d'office au régime complémentaire obligatoire de l'organisation dont elle relève.

Les cotisations aux régimes complémentaires obligatoires d'assurance vieillesse mentionnés au présent article sont assises sur le revenu d'activité défini à l'article L. 131-6, et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base.

Ces régimes sont régis par des décrets qui fixent notamment les taux des cotisations et les tranches de revenu sur lesquelles ceux-ci s'appliquent.

Article L635-2

Les possibilités de rachat ouvertes dans le régime de base par l'article L. 634-2-1 sont également ouvertes pour les régimes complémentaires mentionnés à l'article L. 635-1 aux personnes bénéficiant déjà d'une prestation de vieillesse servie par les régimes des groupes professionnels mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 621-3. Les conditions d'application du présent article, et notamment les modalités de rachat, sont fixées par décret.

Article L635-3

Les conditions d'attribution et de service des prestations dues aux assurés et à leurs conjoints survivants au titre des régimes complémentaires obligatoires d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales sont précisées par un règlement de la caisse nationale compétente approuvé par arrêté ministériel. Ce règlement détermine notamment les conditions dans lesquelles les pensions sont revalorisées et fixe les principes de fonctionnement et de gestion financière du régime complémentaire ainsi que la nature et les modalités d'attribution des prestations servies par son fonds d'action sociale.

Article L635-4

Les chauffeurs de taxi non salariés ayant adhéré, dans le cadre de la loi n° 56-659 du 6 juillet 1956 sur l'assurance vieillesse des chauffeurs de taxis, à l'assurance volontaire du régime général de sécurité sociale sont affiliés au régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales. Un décret, pris après avis du conseil d'administration de la section professionnelle des artisans de la Caisse nationale du régime social des indépendants, fixe les conditions d'application du présent article et notamment les modalités de validation des périodes d'activité ou assimilées, antérieures à sa date d'entrée en vigueur.

Section 2 : Régimes d'assurance invalidité-décès

Article L635-5

Les régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales attribuent aux personnes affiliées une pension d'invalidité en cas d'invalidité totale ou partielle, médicalement constatée par le service du contrôle médical des caisses. La pension d'invalidité prend fin à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail par le régime concerné.

Les cotisations aux régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès mentionnés au présent article sont assises sur le revenu d'activité défini à l'article L. 131-6, et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base d'assurance vieillesse.

Article L635-6

Les conditions d'attribution, de révision, et les modalités de calcul, de liquidation et de service de la pension propres à chacun des régimes sont déterminées par un règlement de la caisse nationale compétente approuvé par arrêté ministériel.

Chapitre 7 : Pénalités.

Article L637-1

Les personnes condamnées en application de l'article L. 114-18 ou de l'article L. 652-7 sont inéligibles pour une durée de six ans :

-aux chambres de commerce et d'industrie territoriales ;

-aux chambres des métiers ;

-aux conseils d'administration des caisses d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Article L637-2

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 244-4, le juge peut prononcer les peines d'inéligibilité et d'incapacité prévues à cet article dès la première condamnation pour non-paiement des cotisations dues aux régimes mentionnés au présent titre.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 1 : Organisation administrative

Article L641-1

L'Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales comprend une caisse nationale et des sections professionnelles, dotées de la personnalité juridique et de l'autonomie financière.

La compétence territoriale des sections professionnelles est nationale.

Section 1 : Caisse nationale.

Article L641-2

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales assure la gestion du régime d'assurance vieillesse de base des professionnels libéraux et la gestion des réserves du régime dans les conditions prévues au présent titre.

Article L641-3

L'autorité compétente de l'Etat est représentée au conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales par un commissaire du Gouvernement.

En cas de faute lourde dûment constatée commise par le directeur ou le comptable, l'autorité compétente de l'Etat peut, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, mettre fin aux fonctions du directeur ou du comptable.

Article L641-4

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales est administrée par un conseil d'administration composé des présidents de ses sections professionnelles. Les présidents peuvent être suppléés par un membre du conseil d'administration de leur section professionnelle.

Chaque administrateur dispose d'un nombre de voix fixé annuellement par le conseil d'administration en fonction du nombre de personnes immatriculées dans chaque section professionnelle.

Le conseil d'administration peut également s'adjoindre, par désignation, trois personnes qualifiées dans les domaines d'activité des sections professionnelles. Ces trois personnes siègent avec voix consultative.

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

Section 2 : Sections professionnelles.

Article L641-5

Les sections professionnelles sont instituées par décret en Conseil d'Etat.

Elles peuvent, dans les conditions prévues par leurs statuts, exercer une action sociale.

Les statuts des sections professionnelles sont approuvés par arrêté ministériel.

Article L641-6

En cas de faute lourde dûment constatée commise par le directeur ou le comptable, l'autorité compétente de l'Etat peut, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, mettre fin aux fonctions du directeur ou du comptable.

Chapitre 2 : Organisation financière

Section 1 : Cotisations.

Article L642-1

Toute personne exerçant une activité professionnelle relevant de l'Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales est tenue de verser des cotisations destinées à financer notamment :

1° Les prestations définies au chapitre III du présent titre ;

2° Les charges de compensation incombant à cette organisation en application des articles L. 134-1 et L. 134-2.

Le régime de la pension de retraite reçoit une contribution du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2.

Les charges mentionnées aux 1° et 2° sont couvertes par une cotisation proportionnelle déterminée en pourcentage des revenus tels que définis à l'article L. 642-2. Les revenus d'activité soumis à cotisations sont divisés en deux tranches déterminées par référence au plafond prévu à l'article L. 241-3 et dont les limites sont fixées par décret. Chaque tranche est affectée d'un taux de cotisation. La cotisation afférente à chaque tranche ouvre droit à l'acquisition d'un nombre de points déterminé par décret.

Le taux de cotisation appliqué à chaque tranche de revenus est fixé par décret, après avis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

Un décret fixe le nombre de points attribué aux personnes exonérées de tout ou partie des cotisations en application de l'article L. 642-3.

Article L642-2

Les cotisations prévues à l'article L. 642-1 sont assises sur le revenu d'activité et calculées dans les conditions définies aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

Article L642-2-1

Les cotisations d'assurance vieillesse du conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce sont calculées, à sa demande :

1° Soit sur un revenu forfaitaire ou sur un pourcentage du revenu professionnel du professionnel libéral ;

2° Soit, avec l'accord du professionnel libéral, sur une fraction du revenu professionnel de ce dernier qui est déduite, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6 du présent code, du revenu du professionnel libéral pris en compte pour déterminer l'assiette de sa cotisation, cette fraction étant appliquée à chacune des deux tranches prévues à l'article L. 642-1.

Les dispositions de l'article L. 642-2 sont applicables aux cotisations dues par le conjoint collaborateur, sur sa demande ou celle du professionnel libéral. Elles ne sont toutefois pas applicables au conjoint collaborateur adhérent, à la date d'entrée en vigueur de l'article 15 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, à l'assurance volontaire vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles, en application des dispositions de l'article L. 742-6.

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

Article L642-2-2

Le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 642-2-1 peut demander la prise en compte par l'organisation autonome d'assurance vieillesse mentionnée au 3° de l'article L. 621-3 de périodes d'activité, sous réserve de justifier par tous moyens avoir participé directement et effectivement à l'activité de l'entreprise et d'acquitter des cotisations dans des conditions garantissant la neutralité actuarielle. Les périodes susceptibles d'être rachetées sont limitées à six années. Le rachat est autorisé jusqu'au 31 décembre 2020.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, notamment :

- les conditions dans lesquelles les demandes doivent être présentées ;
- le mode de calcul des cotisations et les coefficients de revalorisation qui leur sont applicables ;
- les modalités de liquidation des droits à l'assurance vieillesse des demandeurs.

Article L642-3

Sont exonérées du paiement des cotisations les personnes reconnues atteintes d'une incapacité d'exercice de leur profession pour plus de six mois selon la procédure définie par les statuts de la caisse nationale.

Article L642-4

L'inscription au tableau de l'ordre en qualité d'expert-comptable ou de comptable agréé comporte l'obligation de cotiser au régime complémentaire institué, en application de l'article L. 644-1, au profit des experts-comptables et des comptables agréés, même en cas d'affiliation au régime général de sécurité sociale.

Un décret fixe la répartition des cotisations entre la personne physique ou morale employeur et le professionnel lorsque celui-ci est affilié au régime général de sécurité sociale.

Section 2 : Recouvrement.

Article L642-5

Les sections professionnelles assurent, pour le compte de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, le recouvrement des cotisations prévues à l'article L. 642-1. Elles transfèrent le produit de ces cotisations à la Caisse nationale selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les sections professionnelles peuvent déléguer par convention aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui les exercent pour leur compte, le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8.

Pour le calcul et le recouvrement des cotisations sociales prévues à l'article L. 642-1, les sections professionnelles peuvent recevoir des données transmises par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.

La Caisse nationale reverse aux sections professionnelles, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le montant prévisionnel des sommes nécessaires :

1° A la gestion administrative du régime de base et à l'action sociale ;

2° Au service des prestations prévues au chapitre III du présent titre.

Chapitre 3 : Affiliation - Prestations de base

Section 2 : Ouverture des droits et liquidation des prestations de base.

Article L643-1

Le montant de la pension servie par le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales est obtenu par le produit du nombre total de points porté au compte de l'intéressé par la valeur de service du point.

La valeur de service du point est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1.

Les femmes ayant accouché au cours d'une année civile d'affiliation au régime d'assurance vieillesse des professions libérales bénéficient de points au titre du trimestre civil au cours duquel survient l'accouchement, dans des conditions et limites fixées par décret.

Les personnes ayant exercé leur activité libérale en étant atteintes d'une invalidité entraînant pour elles l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie bénéficient de points supplémentaires, dans des conditions fixées par décret.

La pension de retraite est, le cas échéant, portée au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés en ajoutant aux périodes d'assurance les périodes d'exercice de l'activité libérale antérieures à l'obligation de cotiser, dans des conditions fixées par décret.

Article L643-1-1

Les assurés du présent régime bénéficient des dispositions prévues aux articles L. 351-4 et L. 351-4-1, adaptées en tant que de besoin par décret pour tenir compte des modalités particulières de calcul de la pension de ce régime.

Article L643-2

Sont prises en compte par le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales, pour l'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations fixées dans des conditions, définies par décret, garantissant la neutralité actuarielle et dans la limite totale de douze trimestres d'assurance :

1° Les périodes d'études accomplies dans les écoles et classes visées à l'article L. 381-4 et n'ayant pas donné lieu à affiliation à un régime d'assurance vieillesse lorsque le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales est le premier régime d'affiliation à l'assurance vieillesse après lesdites études ; ces périodes d'études doivent avoir donné lieu à l'obtention d'un diplôme, l'admission dans les grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles étant assimilée à l'obtention d'un diplôme ; les périodes d'études ayant permis l'obtention d'un diplôme équivalent délivré par un Etat membre de l'Union européenne peuvent également être prises en compte ;

2° Les années civiles ayant donné lieu à affiliation au régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales à quelque titre que ce soit, au titre desquelles il est retenu un nombre de trimestres inférieur à quatre.

Article L643-2-1

I. - Les personnes dont la pension de retraite de base prend effet postérieurement au 1er janvier 2011 peuvent demander la prise en compte, en contrepartie du versement de cotisations, des périodes d'activité ayant donné lieu, avant le 1er janvier 2004, à une exonération de cotisation obligatoire au titre des deux premières années d'exercice de la profession dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales.

Les conditions d'application du présent article et les modalités selon lesquelles s'effectue le versement des cotisations afférentes à ces périodes sont déterminées par décret.

II. - Le I est applicable jusqu'au 1er janvier 2016.

Article L643-3

I.-La liquidation de la pension prévue à l'article L. 643-1 peut être demandée à partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1.

Lorsque l'intéressé a accompli la durée d'assurance fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 dans le présent régime et dans un ou plusieurs autres régimes d'assurance vieillesse de base, le montant de la pension de retraite est égal au produit de la valeur du point par le nombre de points acquis.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les coefficients de réduction de la pension de retraite applicables en fonction de l'âge auquel est demandée la liquidation et de la durée d'assurance lorsque l'intéressé ne justifie pas de la durée prévue au deuxième alinéa du présent I.

La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa.

II.-L'âge prévu au premier alinéa du I est abaissé pour les assurés qui ont commencé leur activité avant un âge et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent II et notamment les conditions dans lesquelles, le cas échéant, une partie des périodes de service national peut être réputée avoir donné lieu au versement de cotisations.

III.-La condition d'âge prévue au premier alinéa du I est abaissée, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par décret ou qu'ils bénéficiaient de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mentionnée à l'article L. 5213-1 du code du travail, une durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré.

La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret.

Article L643-4

Sont liquidées sans coefficient de réduction, même s'ils ne justifient pas de la durée d'assurance prévue à l'article L. 643-3, les pensions de retraite :

1° Des assurés ayant atteint l'âge déterminé en application du 1° de l'article L. 351-8 ;

2° Des assurés ayant atteint l'âge prévu au premier alinéa du I de l'article L. 643-3 et relevant de l'une des catégories suivantes :

- a) Reconnus inaptes au travail dans les conditions prévues à l'article L. 643-5 ;
- b) Grands invalides mentionnés aux articles L. 36 et L. 37 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;
- c) Anciens déportés et internés titulaires de la carte de déporté ou interné de la Résistance ou de la carte de déporté ou interné politique ;
- d) Personnes mentionnées au 5° de l'article L. 351-8.

3° Des travailleurs handicapés admis à demander la liquidation de leur pension de retraite dans les conditions prévues au III de l'article L. 643-3.

Article L643-5

L'inaptitude au travail s'apprécie en déterminant si, à la date de la demande ou à une date postérieure, le requérant, compte tenu de son âge, de son état de santé, de ses capacités physiques et mentales, de ses aptitudes ou de sa formation professionnelle, n'est plus en mesure d'exercer ou de participer en qualité de conjoint collaborateur à une activité professionnelle.

Article L643-6

L'attribution de la pension de retraite est subordonnée à la cessation de l'activité libérale.

Les dispositions du premier alinéa ne font pas obstacle à l'exercice d'une activité procurant des revenus inférieurs à un seuil déterminé dans des conditions fixées par décret.

Lorsque l'assuré reprend une activité lui procurant des revenus supérieurs à ceux prévus à l'alinéa précédent, il en informe la section professionnelle compétente et le service de sa pension est suspendu.

Par dérogation aux trois précédents alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :

- a) A partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 ;
- b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa.

Section 3 : Ouverture du droit et liquidation des pensions de réversion.

Article L643-7

En cas de décès de l'assuré, son conjoint survivant a droit à une pension de réversion dans les conditions prévues aux articles L. 353-1, L. 353-2, L. 353-3 et L353-6.

Section 4 : Dispositions communes.

Article L643-8

Les prestations visées aux sections 2 et 3 du présent chapitre sont versées :

- soit à trimestre échu ;
- soit aux échéances prévues pour le versement des prestations des régimes visés à l'article L. 644-1.

Elles peuvent faire l'objet d'un versement annuel unique lorsque leur montant est inférieur à un seuil fixé par décret pris sur proposition de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

Chapitre 4 : Régimes complémentaires vieillesse - Régimes invalidité-décès.

Article L644-1

A la demande du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et après consultation par référendum des assujettis au régime de base, des décrets peuvent instituer un régime d'assurance vieillesse complémentaire fonctionnant à titre obligatoire dans le cadre soit de l'ensemble du groupe professionnel, soit d'une activité professionnelle particulière. Le conjoint associé ou le conjoint collaborateur, mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce, de l'assuré relevant de ce groupe ou exerçant cette activité est affilié à titre obligatoire à ce régime.

Le mode de calcul des cotisations complémentaires destinées à financer les régimes institués en

application du premier alinéa et, le cas échéant, leurs montants annuels sont déterminés par décret après avis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

Des régimes complémentaires facultatifs peuvent être établis à la demande du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales dans les conditions fixées par le code de la mutualité.

Article L644-2

A la demande du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, des décrets peuvent fixer, en sus des cotisations prévues aux articles L. 642-1 et L. 644-1, et servant à financer le régime d'assurance vieillesse de base et le régime d'assurance vieillesse complémentaire, une cotisation destinée à couvrir un régime d'assurance invalidité-décès, fonctionnant à titre obligatoire dans le cadre, soit de l'ensemble du groupe professionnel, soit d'une activité professionnelle particulière et comportant des avantages en faveur des veuves et des orphelins. Le conjoint associé ou le conjoint collaborateur, mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce, de l'assuré relevant de ce groupe ou exerçant cette activité est affilié à titre obligatoire à ce régime, dans des conditions déterminées par décret, notamment concernant l'adaptation du mode de calcul des cotisations et des prestations.

Article L644-3

A la demande du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et après avis des organisations syndicales et professionnelles les plus représentatives des professions intéressées, des décrets peuvent étendre l'affiliation à titre obligatoire aux régimes complémentaires institués en application de l'article L. 644-1 aux personnes exerçant les fonctions mentionnées aux 11°, 12° ou 23° de l'article L. 311-3.

Les personnes mentionnées à l'alinéa précédent, qui ne sont pas dispensées de l'affiliation aux institutions mentionnées à l'article L. 921-1, cotisent aux régimes institués en application de l'article L. 644-1 dans les conditions prévues par les statuts des régimes complémentaires institués en application dudit article.

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

Chapitre 5 : Avantages complémentaires ouverts aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Section 1 : Dispositions générales.

Article L645-1

Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 722-1 et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins mentionnés à l'article L. 162-14 bénéficient d'un régime de prestations complémentaires de vieillesse propre à chacune de ces catégories professionnelles.

Ces prestations ne peuvent être attribuées qu'à des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins ayant exercé, au moins pendant une durée fixée par décret, une activité professionnelle non salariée dans le cadre des conventions ou adhésions personnelles mentionnées aux articles L. 722-1 et L. 162-14.

Pour chacun des régimes mentionnés au premier alinéa, des décrets peuvent prévoir que les personnes dont l'activité non salariée ne constitue pas l'activité professionnelle principale ou dont le revenu professionnel non salarié est inférieur à un montant fixé par décret pourront demander à être dispensées de l'affiliation aux régimes prévus au présent chapitre.

Article L645-2

Le financement des régimes prévus au premier alinéa de l'article L. 645-1 est assuré par une cotisation forfaitaire annuelle obligatoire, distincte selon les régimes, dont le montant est fixé par décret. Toutefois, il peut être substitué à la cotisation forfaitaire une cotisation proportionnelle aux revenus d'activité non salariés tels que visés à l'article L. 642-2 pour les assurés reprenant ou poursuivant une activité relevant de l'article L. 643-6.

Le versement de cette cotisation annuelle ouvre droit, pour chacun des régimes, à l'acquisition d'un nombre de points dans des conditions déterminées par décret.

Article L645-3

Pour chacun des régimes prévus au premier alinéa de l'article L. 645-1, une cotisation d'ajustement peut être appelée, dans des conditions fixées par décret, en sus de la cotisation prévue à l'article L. 645-2. Cette cotisation annuelle obligatoire est proportionnelle aux revenus que les intéressés tirent de l'activité mentionnée aux articles L. 722-1 et L. 162-14. Le versement de cette cotisation ne donne pas lieu à l'acquisition de points supplémentaires. Néanmoins, tout ou partie de cette cotisation peut ouvrir droit à des points supplémentaires dans des conditions fixées par décret, après avis des sections professionnelles des régimes mentionnés à l'article L. 645-1. Les caisses d'assurance maladie participent au financement de cette cotisation dans les conditions prévues au 5° du I de l'article L. 162-14-1.

Article L645-4

Les prestations complémentaires de vieillesse prévues au premier alinéa de l'article L. 645-1 et les pensions de réversion y afférentes sont servies aux intéressés par les sections professionnelles mentionnées à l'article L. 641-5, dans des conditions fixées par décret.

Article L645-5

La valeur de service du point de retraite pour les prestations de droit direct et les pensions de réversion liquidées antérieurement au 1er janvier 2006 est fixée par décret pour chacun des régimes.

Les points non liquidés et acquis antérieurement au 1er janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal à la somme des produits du nombre de points acquis chaque année par une valeur de service du point. Cette valeur, fixée par décret, peut varier selon l'année durant laquelle les points ont été acquis et selon l'année de liquidation de la pension.

Les points acquis à compter du 1er janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal au produit du nombre de points portés au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. Cette valeur de service est fixée par décret.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 5 : Dispositions communes à l'assurance maladie, maternité et à l'assurance vieillesse

Chapitre 1er : Contributions d'équilibre

Section 1 : Contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.

Article L651-1

Il est institué une contribution sociale de solidarité à la charge :

1°) Des sociétés anonymes et des sociétés par actions simplifiées, quelles que soient, le cas échéant, la nature et la répartition de leur capital ;

2°) Des sociétés à responsabilité limitée ;

3°) Des sociétés en commandite ;

4°) Des personnes morales de droit public dans les limites de leur activité concurrentielle ;

4° bis) Des groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de dispositions du chapitre Ier du titre II de la première partie du livre Ier du code général des impôts autres que celles de l'article 256 B ;

5°) Des personnes morales dont le siège est situé hors du territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer, à raison des affaires réalisées sur ce territoire et le rendant passibles de l'impôt sur les sociétés ;

6°) Des sociétés en nom collectif ;

7°) Des groupements d'intérêt économique ;

8°) Des groupements européens d'intérêt économique à raison des affaires réalisées sur le territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer ;

9°) Des organismes suivants, non mentionnés aux 1° à 8° :

établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres Ier à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre Ier du

livre V du même code, entreprises d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant du II de l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime ;

10°) Des sociétés ou organismes non visés aux 1° à 9° qui sont régis par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération, à l'exception de ceux visés à l'article L. 521-1 du code rural qui ont pour objet exclusif d'assurer l'approvisionnement de leurs associés coopérateurs en leur procurant les produits, les équipements, les instruments et les animaux nécessaires à leurs exploitations agricoles et des sociétés coopératives agricoles ayant pour objet exclusif l'utilisation de matériels agricoles par les associés coopérateurs ;

11°) Des sociétés européennes au sens de l'article L. 229-1 du code de commerce et des sociétés coopératives européennes, au sens du règlement (CE) 1435/2003 du Conseil du 22 juillet 2003 relatif au statut de la société coopérative européenne.

Article L651-2

Sont exonérées de la contribution sociale de solidarité :

1°) les sociétés d'habitation à loyer modéré et de crédit immobilier régies par les articles L. 411-1 et suivants du code de la construction et de l'habitation, ainsi que les unions de ces sociétés ;

2°) les sociétés immobilières de copropriété régies par les articles L. 212-1 à L. 212-13 du code de la construction et de l'habitation ;

3°) les sociétés d'économie mixte de construction ou d'aménagement pour les activités qu'elles réalisent dans le cadre des missions de service d'intérêt général mentionnées aux neuvième, dixième et onzième alinéas de l'article L. 411-2 du code de la construction et de l'habitation ;

4°) les sociétés de rédacteurs de presse ;

5°) les sociétés mentionnées à l'article 4 de la loi n° 69-717 du 8 juillet 1969 relative à certaines dispositions concernant les sociétés ;

6°) (Abrogé) ;

7°) (Abrogé) ;

8°) les sociétés d'aménagement foncier et d'établissement rural régies par l'article 15 de la loi n° 60-808 du 5 août 1960 dite loi d'orientation agricole ;

9°) (Abrogé) ;

10°) les sociétés en nom collectif et les groupements d'intérêt économique constitués exclusivement entre des sociétés exonérées par application des dispositions prévues aux 1° à 8°, pour la réalisation d'opérations que ces sociétés peuvent mettre en oeuvre directement avec le bénéfice de cette exonération ;

11°) des sociétés coopératives maritimes visées au chapitre Ier du titre III de la loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale, ayant pour objet exclusif soit l'avitaillement, soit l'armement de leurs associés coopérateurs.

Article L651-2-1

Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité, minoré des frais de recouvrement et abondé du solde éventuel de l'exercice précédent, est affecté, sous réserve de l'application du 10° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, au régime social des indépendants au prorata et dans la limite du déficit comptable résultant de la couverture obligatoire de base gérée par chacune des branches du régime, compte non tenu des subventions de l'Etat ni des montants de contribution sociale de solidarité attribués au titre des exercices antérieurs ou à titre d'acomptes provisionnels.

Le solde du produit de la contribution résultant de l'application du premier alinéa est affecté au fonds mentionné à l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.

Article L651-3

La contribution sociale de solidarité est annuelle. Son taux est fixé par décret, dans la limite de 0,13 % du chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5. Elle n'est pas perçue lorsque le chiffre d'affaires de la société est inférieur à 760 000 euros. Des décrets peuvent prévoir un plafonnement en fonction de la marge pour les entreprises de commerce international et intracommunautaire fonctionnant avec une marge brute particulièrement réduite et pour les entreprises du négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes, achetant ou vendant directement à la production et pour les entreprises du négoce en gros des combustibles et de commerce de détail de carburants.

Pour les sociétés ou groupements mentionnés aux 4° bis, 6°, 7° et 8° de l'article L. 651-1 ainsi que les groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts, la part du chiffre d'affaires correspondant à des refacturations de prestations de services à leurs membres ou associés n'est pas soumise à la contribution.

En outre, les redevables mentionnés aux 1° à 3°, 4°, sauf s'il s'agit de groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts, 5°, 10° et 11° de l'article L. 651-1 ne tiennent pas compte, pour la détermination de leur contribution, de la part du chiffre d'affaires correspondant à des ventes de biens réalisées avec les sociétés ou groupements visés à l'alinéa précédent et acquittant la contribution, dans lesquels ils détiennent une participation au moins égale à 20 %, à condition que ces biens soient utilisés pour les besoins d'opérations de production effectuées par ces sociétés ou groupements.

La contribution des organismes visés au 10° de l'article L. 651-1 et relevant de l'article L. 521-1 du code rural et de la pêche maritime est établie sans tenir compte du chiffre d'affaires qu'ils réalisent, au titre des opérations de vente des produits issus des exploitations de leurs membres, avec d'autres organismes coopératifs régis par les mêmes dispositions ou par l'article L. 531-1 du code rural et de la pêche maritime et dont ils sont associés coopérateurs.

La contribution des organismes coopératifs relevant du chapitre Ier du titre III de la loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale est établie sans tenir compte du chiffre d'affaires qu'ils réalisent, au titre des opérations de vente de produits issus des entreprises exploitées par leurs membres, avec d'autres organismes coopératifs régis par les mêmes dispositions et dont ils sont associés coopérateurs.

Pour la détermination de leur contribution, les sociétés ou groupements visés au deuxième alinéa ne tiennent pas compte des ventes de biens réalisées à ceux de leurs membres ou associés acquittant la contribution et détenant au moins 20 % des droits à leurs résultats, à condition que ces biens soient vendus à l'issue d'opérations de production effectuées par ces sociétés ou groupements.

Pour la détermination du seuil de chiffre d'affaires mentionné au premier alinéa, les redevables tiennent compte de la part de chiffre d'affaires déduit de l'assiette de leur contribution en application des dispositions du présent article.

Pour les redevables visés à l'article L. 651-1 affiliés à l'un des organes centraux mentionnés à l'article L. 511-30 du code monétaire et financier, la part du chiffre d'affaires correspondant à des intérêts reçus à raison d'opérations de centralisation, à l'échelon régional ou national, de leurs ressources financières n'est pas soumise à la contribution dans la limite du montant des intérêts servis en contrepartie de ces mêmes opérations.

Les dispositions du premier alinéa sont applicables aux entreprises de négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes, achetant et vendant directement aux coopératives agricoles.

Article L651-4

Le recouvrement de la contribution sociale de solidarité est assuré par un organisme de sécurité sociale désigné par décret. Les frais relatifs au recouvrement et à la gestion de la contribution sociale de solidarité sont fixés par arrêté et s'imputent sur celle-ci.

Article L651-5

Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont tenues d'indiquer annuellement à l'organisme chargé du recouvrement de cette contribution le montant de leur chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées ; à ce montant doivent être ajoutés pour les sociétés d'assurance et de capitalisation et les sociétés de réassurances, les produits de leur exploitation n'entrant pas dans le champ d'application des taxes sur le chiffre d'affaires. De ce montant sont déduits, en outre, les droits ou taxes indirects et les taxes intérieures de consommation, versés par ces sociétés et entreprises, grevant les produits médicamenteux et de parfumerie, les boissons, ainsi que les produits pétroliers.

Pour les établissements de crédit et, lorsqu'elles sont agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel, les entreprises mentionnées à l'article L. 531-4 du code monétaire et financier, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du III de l'article 1586 sexies du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux contrats d'échanges de taux d'intérêt, aux opérations sur devises et aux autres instruments financiers à terme est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories.

Pour les établissements et entreprises mentionnés au deuxième alinéa du présent article dont le produit net bancaire est au plus égal à 10 % du chiffre d'affaires ainsi déterminé, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13 du présent code ne peut excéder 1,6 % du produit net bancaire.

Le chiffre d'affaires des intermédiaires mentionnés au V de l'article 256 et au III de l'article 256 bis du code général des impôts, et qui bénéficient des dispositions de l'article 273 octies du même code, est diminué de la valeur des biens ou des services qu'ils sont réputés acquérir ou recevoir. Dans le cas d'entremise à la vente, les commettants des intermédiaires auxquels cette disposition s'applique majorent leur chiffre d'affaires du montant des commissions versées.

Le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution prévue par l'article L. 138-1 est exclu de l'assiette de la contribution sociale de solidarité.

Pour les sociétés d'assurances et de capitalisation régies par le code des assurances et les sociétés de réassurances, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des entreprises d'assurances et de capitalisation.

Pour les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et de rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance.

Pour les redevables mentionnés aux deux alinéas précédents, ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les

cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité.

Pour les redevables mentionnés au cinquième alinéa, ne sont pas comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution des subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité.

Par dérogation au premier alinéa, les entreprises dont le chiffre d'affaires, calculé selon les modalités prévues aux alinéas précédents, est inférieur au seuil mentionné par le premier alinéa de l'article L. 651-3 ne sont pas tenues de souscrire une déclaration au titre de la contribution sociale de solidarité.

Lorsque la société ou l'entreprise assujettie n'a pas effectué la déclaration de son chiffre d'affaires selon les modalités et dans les délais prescrits pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires sur lequel est assise la contribution est fixé d'office par l'organisme chargé du recouvrement à partir des éléments dont il dispose ou des comptes annuels dont il est fait publicité. A défaut d'éléments suffisants, le chiffre d'affaires est fixé forfaitairement par rapport au seuil mentionné au premier alinéa de l'article L. 651-3.

Les montants dus, lorsque le chiffre d'affaires estimé est supérieur ou égal au seuil fixé par le premier alinéa de l'article L. 651-3, sont réclamés à titre provisionnel, par voie de mise en demeure dans les conditions mentionnées à l'article L. 244-2.

Article L651-5-1

L'organisme chargé du recouvrement de la contribution peut obtenir des administrations fiscales communication des éléments nécessaires à la détermination de son assiette et de son montant dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales.

II. # Les sociétés et entreprises mentionnées à l'article L. 651-1 du présent code sont tenues de fournir, à la demande de l'organisme de recouvrement, tous renseignements et documents nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de son montant dans un délai de soixante jours. Lorsque le redevable a répondu de façon insuffisante à cette demande, l'organisme de recouvrement le met en demeure de compléter sa réponse dans un délai de trente jours en précisant les compléments de réponse attendus.

Le délai de reprise de la créance de contribution mentionné au premier alinéa de l'article L. 244-3

est interrompu à la date d'envoi des demandes mentionnées au premier alinéa du présent II.

Le contrôle des déclarations transmises par les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité est effectué dans les conditions prévues à l'article L. 113 du livre des procédures fiscales.

III. # En cas de défaut de réponse à la demande de renseignements et de documents ou à la mise en demeure mentionnée au II ou en cas de réponse insuffisante à la mise en demeure, il est appliqué une majoration dans la limite de 5 % du montant des sommes dues par le redevable.

IV. # L'organisme de recouvrement ayant constaté une inexactitude, une insuffisance, une omission ou une dissimulation dans les éléments servant au calcul de la contribution notifiée au redevable, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, un document mentionnant l'objet des opérations de contrôle, les documents consultés, la période vérifiée, le mode de calcul et le montant de la rectification envisagée.

Lorsque le redevable n'a pas répondu dans les délais prescrits à la demande et, le cas échéant, à la mise en demeure mentionnées au II du présent article ou que sa réponse demeure insuffisante, le montant de la rectification envisagée est estimé selon les règles fixées par l'avant-dernier alinéa de l'article L. 651-5.

Le redevable dispose d'un délai de trente jours pour faire part à l'organisme de recouvrement de sa réponse.

L'organisme de recouvrement est tenu de notifier à l'intéressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la modification de la rectification envisagée dès lors que les observations fournies par le redevable sont reconnues fondées ou de motiver leur rejet.

L'organisme de recouvrement ne peut engager la mise en recouvrement de la contribution et des majorations avant l'expiration du délai de réponse mentionné au troisième alinéa du présent IV.

Article L651-5-3

Les sociétés et entreprises dont le chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5 est supérieur ou égal à 5 millions d'euros sont tenues d'effectuer la déclaration prévue au même article et le paiement de la contribution sociale de solidarité par voie électronique auprès de l'organisme chargé du recouvrement mentionné à l'article L. 651-4. Pour se conformer à cette obligation, les sociétés et entreprises utilisent les services de télédéclaration et de télérèglement mis à disposition dans les conditions prévues à l'article L. 133-5.

Lorsque la transmission de la déclaration n'est pas faite suivant les modalités définies à l'alinéa précédent, il est appliqué une majoration de 0,2 % du montant de la contribution sociale de solidarité dont est redevable la société ou l'entreprise.

Il est également appliqué une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué dans des conditions différentes de celles prévues au premier alinéa.

Article L651-5-4

I. # Le défaut de production par le redevable, dans les délais prescrits, de la déclaration de son chiffre d'affaires prévue à l'article L. 651-5 entraîne l'application d'une majoration fixée dans la limite de 10 % du montant de la contribution mise à sa charge ou résultant de la déclaration produite tardivement.

II. # Une majoration identique à celle mentionnée au I du présent article est applicable sur le supplément de contribution mis à la charge du redevable en cas d'application des rectifications mentionnées au IV de l'article L. 651-5-1.

Article L651-5-5

Une majoration fixée dans la limite de 10 % est appliquée de plein droit à la contribution sociale de solidarité qui n'a pas été acquittée aux dates limites de versement de la contribution. Toute contribution restée impayée plus d'un an après ces dates est augmentée de plein droit d'une nouvelle majoration fixée dans la limite de 4,8 % par année ou par fraction d'année de retard.

Article L651-5-6

Les majorations mentionnées à l'article L. 651-5-3, au I de l'article L. 651-5-4 et à l'article L. 651-5-5 sont applicables dans le cadre de la taxation d'office à titre provisionnel prévue pour le recouvrement de la contribution sociale de solidarité.

Article L651-6

Le paiement de la contribution sociale de solidarité est garanti par un privilège sur les biens, meubles et immeubles du débiteur dans les conditions prévues par les articles L. 243-4 et L. 243-5 du code de la sécurité sociale.

Les dispositions de l'article L. 243-3 et du premier alinéa de l'article L. 243-6 sont applicables à la contribution sociale de solidarité.

Article L651-7

Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont soumises aux dispositions des articles L. 133-1, L. 133-3, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 et L. 244-11 à L. 244-14.

Article L651-8

Les contestations [*contentieux*] relatives à la contribution sociale de solidarité sont soumises aux juridictions [*de sécurité sociale compétentes*] mentionnées aux chapitres 2 et 4 du titre IV du livre Ier.

Article L651-9

Un décret fixe les conditions d'application des articles L. 651-1 à L. 651-8. Il détermine en particulier les modalités de recouvrement de la contribution et des majorations mentionnées aux articles L. 651-5-1 et L. 651-5-3 à L. 651-5-5.

Section 2 : Contribution de solidarité à la charge des retraités.

Article L651-12

Le défaut de production des déclarations mentionnées aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 651-11 entraîne l'application d'une pénalité dont le taux est de 10 % de la contribution exigible. La production d'une fausse déclaration entraîne l'application d'une pénalité dont le taux est de 10 % de la partie de la contribution qui n'a pas été versée.

Il est appliqué une majoration par mois de retard de 1 % des contributions exigibles à chaque échéance.

Les pénalités et majorations de retard définies au présent article sont liquidées et recouvrées par les organismes chargés du recouvrement des contributions. Elles sont exigibles après mise en demeure par ces organismes, lesquels peuvent, en cas de motif légitime, en prononcer la remise gracieuse, totale ou partielle.

Article L651-13

Le service des pensions de vieillesse dont bénéficient les non-salariés assujettis à la contribution de solidarité mentionnée à l'article L. 651-10 est suspendu à leur demande.

La suspension de l'ensemble de ces pensions exonère les intéressés du versement de cette contribution.

Chapitre 2 : Dispositions diverses.

Article L652-3

Lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire au sens de l'article L. 111-3 du code des procédures

civiles d'exécution, les caisses du régime social des indépendants et les organismes conventionnés pour l'assurance maladie et maternité ainsi que les caisses d'assurance vieillesse des professions libérales, habilités à décerner la contrainte définie à l'article L. 244-9 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations, des contributions et des majorations et pénalités de retard.

L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'un des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations et majorations et pénalités de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, même conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article 43 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 précitée à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.

L'opposition peut être contestée devant le juge de l'exécution, par le débiteur ou par le tiers détenteur, dans le mois suivant sa notification. Le paiement est différé pendant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine.

Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 211-3, L. 162-1 et L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution.

Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévues par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.

Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L652-4

Est entachée d'une nullité d'ordre public toute clause ou convention conclue par toute personne légalement tenue de cotiser à un régime d'assurance obligatoire institué par le présent livre et garantissant les risques couverts à titre obligatoire par lesdits régimes, lorsque cette personne n'est pas à jour des cotisations dues à ce titre au moment de la conclusion ou du renouvellement du contrat.

Un décret en Conseil d'Etat précise les peines encourues par toute personne physique proposant ou faisant souscrire et tout assuré souscrivant une telle clause ou convention.

Les personnes condamnées pour avoir fait souscrire des clauses ou conventions entachées d'une nullité d'ordre public sont tenues solidairement responsables des cotisations obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse qui auraient dû être versées par l'assuré depuis la date de la souscription desdites clauses ou conventions.

Article L652-5

Les retraites de base versées par le régime social des indépendants et les régimes d'assurance vieillesse des professions libérales aux présidents des caisses de base et des sections professionnelles des régimes susvisés, aux présidents ainsi qu'aux administrateurs de la Caisse nationale du régime social des indépendants, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et de la Caisse nationale des barreaux français sont assorties d'une bonification compensatrice de perte de gains.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités de calcul forfaitaire de la bonification qui tiennent compte de la durée d'exercice simultané d'un mandat et d'une activité professionnelle non salariée. Il détermine également les conditions d'entrée en vigueur du dispositif. Les mandats en cours à la date de la publication de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social sont pris en compte pour le calcul de la bonification compensatrice de perte de gain dès lors que les intéressés n'ont pas fait liquider leurs droits à pension antérieurement au début de ces mandats.

Article L652-6

Le contrôle de l'application par les travailleurs indépendants non agricoles des dispositions du présent livre est confié aux caisses et sections professionnelles relevant des organisations autonomes d'assurance vieillesse mentionnées au 3° de l'article L. 621-3.

Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les caisses les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

Article L652-7

Toute personne qui, par voie de fait, menaces ou manoeuvres concertées, a organisé ou tenté d'organiser le refus par les assujettis de se conformer aux prescriptions de la législation du présent livre, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale, ou de payer les cotisations dues est punie d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 30 000 euros.

Toute personne qui, par quelque moyen que ce soit, incite les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation du présent livre, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale ou à ne pas payer les cotisations à un régime d'assurance obligatoire institué par le présent livre, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 7 500 euros.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 1 : Régimes spéciaux

Chapitre 1er : Dispositions générales.

Article L711-1

Parmi celles jouissant déjà d'un régime spécial le 6 octobre 1945, demeurent provisoirement soumises à une organisation spéciale de sécurité sociale, les branches d'activités ou entreprises énumérées par un décret en Conseil d'Etat.

Des décrets établissent pour chaque branche d'activité ou entreprises mentionnées à l'alinéa précédent une organisation de sécurité sociale dotée de l'ensemble des attributions définies à l'article L. 111-1. Cette organisation peut comporter l'intervention de l'organisation générale de la sécurité sociale pour une partie des prestations.

Article L711-1-1

A compter de l'année 2009, les régimes spéciaux de sécurité sociale mentionnés à l'article L. 711-1 et comptant plus de 20 000 cotisants transmettent au Parlement une évaluation prospective de leurs engagements de retraite et de leurs équilibres financiers, sur trente ans minimum. Ils publient ces informations en annexe de leur rapport annuel et procèdent à leur actualisation à intervalles réguliers.

Section 1 : Ressources des assurances maladie et maternité garantissant les personnes assujetties à l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article L711-2

Les ressources des assurances maladie et maternité garantissant les personnes assujetties à l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 ci-dessus sont notamment constituées par des cotisations à la charge des assurés, précomptées et calculées dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat :

1°) sur les allocations et revenus de remplacement [*d'assurance chômage*] mentionnés à l'article L. 131-2 ;

2°) sur les avantages de retraite financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur assujetti à l'un des régimes mentionnés ci-dessus, ainsi que sur les avantages de retraite ayant donné lieu à rachat de cotisations à l'exception des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires.

Des exonérations sont accordées aux titulaires d'avantages de retraite ou d'allocations et revenus de remplacement dont les ressources sont insuffisantes.

Les dispositions des sections 2 à 5 du chapitre 3 du titre IV du livre II, les dispositions du chapitre 4 du même titre, ainsi que celles de l'article L. 374-1, s'appliquent au recouvrement des cotisations mentionnées ci-dessus, sous réserve d'adaptations fixées par décret en Conseil d'Etat.

Ces ressources sont également constituées par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1.

Article L711-3

Dans les régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1, un plafond peut être appliqué aux rémunérations ou gains servant de base au calcul d'une partie des cotisations dues par l'employeur au titre des assurances maladie, maternité, invalidité ou décès.

Section 2 : Prestations.

Article L711-4

Les délais de prescription mentionnés aux articles L. 332-1, L. 355-3 et L. 431-2 s'appliquent également dans les régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article L711-5

Les dispositions du troisième alinéa de l'article L. 313-1 seront étendues, en tant que de besoin, aux assurés relevant des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article L711-6

La couverture des frais [*de soins et d'hospitalisation afférents à l'IVG*] mentionnés au 3° de l'article L. 321-1 s'applique aux assurés qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article L711-7

La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 322-2 et au dernier alinéa de l'article L. 432-1 s'applique aux assurés qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1. Il en est de même de la franchise annuelle mentionnée au III de l'article L. 322-2 et au dernier alinéa de l'article L. 432-1.

Les 10°, 11° et 12° de l'article L. 322-3 s'appliquent, sauf dispositions plus favorables, aux personnes qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article L711-8

Les durées d'indemnisation fixées par les articles L. 331-3, L. 331-4, L. 331-5, L. 331-7 et L. 331-8 s'appliquent, sauf dispositions plus favorables, aux assurés qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article L711-9

Les dispositions des quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 331-7 s'appliquent aux assurés qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article L711-10

Les travailleurs soumis à un régime spécial d'assurances mentionné à l'article L. 711-1 doivent recevoir des avantages au moins équivalents à ceux résultant des dispositions du présent code relatives à l'allocation aux vieux travailleurs salariés et à l'allocation aux mères de famille. Des décrets apportent, le cas échéant, au régime mentionné par les dispositions précitées les aménagements nécessaires pour réaliser cette équivalence.

Article L711-11

Dans les régimes spéciaux de sécurité sociale mentionnés à l'article L. 711-1, à l'exception des régimes des pensions de retraite des marins et des pensions civiles et militaires de retraite, le conjoint séparé de corps ou divorcé, sauf si ce dernier s'est remarié avant le décès de son ancien

conjoint, a droit à la pension de réversion, quelle que soit la forme du divorce.

La pension de réversion est accordée, sous le bénéfice de la disposition mentionnée à l'alinéa précédent, dans le cadre des dispositions qui réglementent l'octroi des pensions de réversion dans chacun de ces régimes.

Lorsque l'assuré s'est remarié, la pension de réversion à laquelle il est susceptible d'ouvrir droit à son décès est partagée, sauf remariage du ou des conjoints divorcés avant le décès de l'auteur du droit, entre les conjoints survivants ou divorcés, au prorata de la durée respective de chaque mariage. Ce partage est opéré lors de la liquidation des droits du premier d'entre eux qui en fait la demande.

Lorsque le droit à pension de réversion est suspendu en cas de remariage, le bénéficiaire peut, s'il le désire, recouvrer son droit à pension s'il redevient veuf, divorcé ou séparé de corps.

Au décès de l'un des bénéficiaires, sa part de pension de réversion accroît celle des autres, sauf réversion du droit au profit des enfants d'un âge inférieur à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat. Les dispositions qui précèdent ne peuvent porter préjudice aux droits des ayants cause autres que ceux mentionnés par le présent article.

Section 3 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article L711-12

Sous réserve de l'application de l'article L. 61 du code des pensions civiles et militaires de retraite, les taux des cotisations dues par les employeurs et les assurés pour le financement des régimes spéciaux de sécurité sociale sont fixés par décret, nonobstant toute disposition contraire.

Des dispositions réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent chapitre. Sauf disposition législative contraire, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Article L711-13

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de l'article L. 241-13 aux employeurs relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des marins, des mines et des clercs et employés de notaires.

Chapitre 2 : Régime des fonctionnaires de l'Etat et des magistrats

Section 1 : Bénéficiaires.

Article L712-1

Les fonctionnaires en activité, soumis au statut général, et les magistrats de l'ordre judiciaire bénéficient, ainsi que leur famille, dans le cas de maladie, maternité, invalidité et décès, de prestations au moins égales à celles qui résultent de la législation relative au régime général de sécurité sociale.

Article L712-2

Les fonctionnaires en retraite, de même catégorie, bénéficient, ainsi que leur famille, de celles des prestations ci-dessus prévues qui sont accordées aux titulaires de pensions de vieillesse des assurances sociales.

Section 2 : Prestations.

Article L712-3

Les indemnités, allocations et pensions attribuées aux fonctionnaires en cas d'arrêt de travail résultant de maladie, maternité, paternité et invalidité et les allocations attribuées aux ayants droit de fonctionnaires décédés, sont déterminées sans préjudice de l'application de la législation générale sur les pensions. Elles sont liquidées et payées par les administrations ou établissements auxquels appartiennent les intéressés.

Article L712-4

L'application des dispositions du présent chapitre ne peut, en aucun cas, avoir pour conséquence la suppression ou la réduction des avantages dont les fonctionnaires bénéficiaient avant l'entrée en application du régime de sécurité sociale les concernant.

Article L712-5

Il est constitué auprès de chaque administration ou établissement dans les conditions prévues par

décret, une ou plusieurs commissions composées pour moitié au moins de représentants des organisations de fonctionnaires et auxquelles sont soumises, soit par l'administration ou l'établissement, soit par les intéressés, les difficultés nées de l'application des dispositions de l'article L. 712-3.

Section 3 : Organisation administrative.

Article L712-6

Les fonctionnaires reçoivent les prestations en nature des assurances maladie, maternité, invalidité, dans les conditions prévues au livre III et par l'organe des mutuelles ou sections de mutuelles régies par le code de la mutualité constituées entre fonctionnaires ou des unions de ces organismes qui reçoivent compétence à cet effet, pour l'ensemble des fonctionnaires d'une ou plusieurs administrations dans une même circonscription.

Par dérogation à l'alinéa précédent, le service des prestations aux personnes mentionnées à l'article L. 161-14-1 est assuré par les organismes mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 381-9.

Article L712-7

Les mutuelles ou sections de mutuelles ou unions de ces organismes prévues à l'article L. 712-6 reçoivent, des caisses d'assurance maladie, les fonds nécessaires au service des prestations et justifient auxdites caisses de l'emploi des fonds reçus.

Article L712-8

Au cas où, dans une ou plusieurs administrations d'une même circonscription, il ne peut être constitué une mutuelle ou section de mutuelle ou union de ces organismes comptant un effectif de fonctionnaires fixé par décret, les mutuelles, sections ou unions existantes sont habilitées de plein droit à exercer le rôle de correspondant de la caisse d'assurance maladie pour leurs membres. Elles peuvent être habilitées à exercer le rôle de correspondant pour des fonctionnaires autres que leurs membres.

Section 4 : Cotisations

Article L712-9

La couverture des risques ou charges mentionnés à l'article L. 712-6 est assurée par une cotisation des fonctionnaires et pour ceux qui sont en activité une cotisation au moins égale de l'Etat.

La cotisation sur le montant des pensions de retraites est précomptée dans la limite d'un plafond.

Article L712-10

Les décrets pris pour l'application de l'article L. 712-3 peuvent établir à la charge des fonctionnaires une cotisation destinée à compenser au maximum pour moitié le coût des prestations nouvelles dont les intéressés bénéficient par application de l'article L. 712-3.

Section 4 bis : Dispositions applicables aux maîtres et documentalistes de l'enseignement privé

Article L712-10-1

Les dispositions des articles L. 712-1 et L. 712-3 du premier alinéa de l'article L. 712-9 et de l'article L. 712-10 sont applicables aux maîtres et documentalistes liés à l'Etat par agrément ou par contrat qui sont en activité dans les établissements d'enseignement privés liés à l'Etat par contrat.

La perte de recettes résultant des dispositions du présent article ne donne pas lieu à application de l'article L. 131-7.

Section 8 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article L712-11

Les dispositions particulières nécessaires pour la détermination du régime de sécurité sociale des fonctionnaires résidant hors du territoire métropolitain [*à l'étranger, DOM TOM*] sont fixées par décret.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, le régime de sécurité sociale des fonctionnaires et des magistrats de l'ordre judiciaire exerçant leur activité en Nouvelle-Calédonie est déterminé par l'article L. 712-11-1.

Article L712-11-1

Sous réserve de l'alinéa ci-après, les magistrats de l'ordre judiciaire, les fonctionnaires civils de l'Etat, les militaires, les ouvriers de l'Etat et les fonctionnaires relevant des fonctions publiques

territoriale et hospitalière qui exercent leurs fonctions en Nouvelle-Calédonie sont affiliés, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des risques, aux régimes de sécurité sociale qui leur seraient applicables s'ils exerçaient leurs fonctions en métropole.

Dès leur prise de fonction, celles des personnes mentionnées à l'alinéa précédent appelées à servir en Nouvelle-Calédonie pour une durée supérieure à six mois sont, ainsi que leurs ayants droit, affiliées, pour ses seules prestations en nature, au régime unifié d'assurance maladie maternité de la Nouvelle-Calédonie.

Leur réaffiliation au régime général de sécurité sociale s'effectue conformément aux dispositions du titre Ier du livre VII.

Article L712-11-2

Les ayants droit des personnes affiliées au régime unifié d'assurance maladie et maternité mentionnées au premier alinéa de l'article L. 712-11-1 résidant habituellement en métropole ou dans les départements visés à l'article L. 751-1 bénéficient des prestations en nature dudit régime.

Article L712-11-3

Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 712-6, les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 712-11-1 perçoivent les prestations en nature du régime unifié d'assurance maladie et maternité par l'organe de la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie.

Pour la mise en oeuvre de l'alinéa précédent, une convention est passée entre les mutuelles prévues à l'article L. 712-6 et la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie.

Article L712-13

Les modalités d'application du présent chapitre et notamment les dispositions nécessaires pour en assurer la coordination avec les dispositions statutaires applicables aux assurés mentionnés à l'article L. 712-1 sont déterminées par décret.

Chapitre 3 : Régime des militaires

Section 1 : Dispositions générales.

Article L713-1

Bénéficient de la sécurité sociale dans les conditions prévues ci-dessous :

1°) les militaires de tous grades possédant le statut des militaires de carrière ou servant au-delà de la durée légale en vertu d'un contrat ou d'une commission, ainsi que leurs familles ;

2°) les retraités militaires et leurs familles.

Article L713-1-1

Sous réserve des dispositions du présent chapitre, les personnes relevant de la caisse prévue à l'article L. 713-19 bénéficient des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général de sécurité sociale et restent affiliées au régime des militaires.

Article L713-2

Les avantages acquis au 1er juin 1949 supérieurs à ceux accordés par la sécurité sociale ne peuvent, en aucun cas, être réduits ou supprimés.

Article L713-4

Les 10°, 11° et 12° de l'article L. 322-3 s'appliquent, sauf dispositions plus favorables, aux personnes qui relèvent du régime institué par le présent chapitre.

Article L713-5

Les militaires titulaires d'une pension de retraite, ainsi que les veuves titulaires d'une pension de réversion, ont droit ou ouvrent droit aux mêmes prestations que les fonctionnaires civils retraités.

Toutefois, lorsque les intéressés exercent une activité professionnelle, ils sont assujettis au régime de sécurité sociale dont relève leur activité.

Article L713-6

Les veuves de guerre, bénéficiaires d'une pension au titre du premier alinéa de l'article L. 66 du code des pensions civiles et militaires de retraite, dont le mari était militaire de carrière au moment du décès, ont droit aux mêmes prestations que les veuves titulaires d'une pension de réversion.

Article L713-7

Les dispositions des articles L. 713-1-1, L. 713-5, L. 713-6, L. 713-12, L. 713-16 et L. 713-18 à L. 713-22 ne s'appliquent pas aux accidents survenus en service qui restent couverts dans les conditions de la législation en vigueur.

Article L713-8

Pour l'application du présent chapitre, les officiers généraux du cadre de réserve sont assimilés aux retraités.

Article L713-9

En cas de guerre, le bénéfice des prestations prévues par le présent chapitre continue à être accordé aux familles et aux retraités mais cesse d'être accordé au militaire lui-même ou au retraité rappelé à l'activité.

Article L713-10

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent également aux familles des militaires servant hors du territoire métropolitain à condition qu'elles résident dans la métropole.

Des décrets fixent les mesures d'extension ou d'adaptation du présent chapitre aux assujettis mentionnés au 1° de l'article L. 713-1 qui résident hors du territoire métropolitain.

Section 2 : Dispositions relatives aux soins et aux prestations

Sous-section 1 : Prestations en nature.

Article L713-11

En ce qui concerne le régime de sécurité sociale, les militaires en activité, ainsi que leur famille ont le libre choix du médecin militaire ou civil.

Article L713-12

Les services de santé militaires restent seuls compétents pour toutes les décisions pouvant avoir des conséquences statutaires ou disciplinaires.

Article L713-14

Les durées d'indemnisation fixées par les articles L. 331-3, L. 331-4, L. 331-5, L. 331-7 et L. 331-8 s'appliquent, sauf dispositions plus favorables, aux assurés qui relèvent du présent régime.

Article L713-16

Les prestations en nature dispensées par l'organisation de la sécurité sociale en contrepartie des services rendus par les services de santé militaires donneront lieu à annulation de dépenses au titre des chapitres budgétaires intéressés selon des modalités fixées par arrêté interministériel.

Sous-section 2 : Capital décès.

Article L713-17

Les conditions dans lesquelles les militaires à solde mensuelle et les militaires à solde spéciale progressive ouvrent droit au capital décès sont fixées par décret sans qu'aucune restriction ne puisse être apportée au régime des pensions militaires.

Section 3 : Cotisations.

Article L713-18

La couverture des risques mentionnés aux articles L. 713-3, L. 713-5 et L. 713-6 est assurée par une cotisation des bénéficiaires, dont le taux ne pourra être supérieur à celui imposé aux fonctionnaires

civils et, pour ceux qui sont en activité, une cotisation de l'Etat dont le taux est fixé dans les mêmes conditions que pour les fonctionnaires civils.

Il est toutefois tenu compte, pour le calcul du taux de la cotisation imposée aux bénéficiaires, des avantages acquis auxquels leur donne droit leur statut antérieur.

L'assiette et les modalités de recouvrement de ces cotisations sont fixées par le décret prévu à l'article L. 713-23.

Section 4 : Caisse nationale militaire de sécurité sociale

Article L713-19

Il est institué pour le personnel militaire une caisse autonome de sécurité sociale dont la circonscription englobe l'ensemble du territoire métropolitain et qui fonctionne dans les conditions du livre II.

Article L713-20

La caisse prévue à l'article L. 713-19 a pour rôle :

1°) de gérer les risques maladie, maternité, couverts dans les conditions prévues par le présent chapitre ;

2°) de coordonner son action sanitaire et sociale en faveur de ses ressortissants avec celle des services sociaux dépendant du ministère de la défense nationale ;

3°) d'assurer, le cas échéant, le rôle dévolu par l'article L. 174-2 à l'égard du service de santé des armées.

Article L713-21

Les modalités d'organisation et de fonctionnement de la caisse prévue à l'article L. 713-19 sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Le budget de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est équilibré en recettes et en dépenses. A cette fin, un arrêté fixe chaque année, au vu de l'exécution des dépenses, le montant de la contribution d'équilibre due par le régime général ou le montant des sommes dues au régime général par la caisse.

Le budget de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est approuvé par l'Etat.

Les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 221-1 ne sont pas applicables à la caisse.

Une convention conclue entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et, d'autre part, la Caisse nationale militaire de sécurité sociale détermine les conditions dans lesquelles les sommes nécessaires au paiement des prestations, à la gestion administrative, aux investissements, au contrôle médical et à l'action sanitaire et sociale sont mises à disposition de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale par le régime général ainsi que les conditions dans lesquelles les cotisations mentionnées à l'article L. 713-18 et à l'article L. 713-22 sont reversées par cet organisme au régime général. Cette convention est approuvée par l'Etat.

Article L713-22

Les fonctionnaires de la caisse nationale militaire de sécurité sociale en activité, soumis au statut général des fonctionnaires de l'Etat sont affiliés à ladite caisse pour le service des prestations en nature prévues par l'article L. 712-6. En contrepartie, les cotisations fixées par ces textes sont versées à la caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont également applicables aux fonctionnaires stagiaires de la caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Section 6 : Dispositions d'application.

Article L713-23

Sous réserve de l'article L. 713-21, les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décrets pris sur le rapport des ministres intéressés.

Chapitre 5 : Dispositions diverses

Article L715-1

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés instituée par l'article L. 222-1 assure la gestion du régime spécial institué par la loi du 22 juillet 1922 relative aux retraites des agents des chemins de fer secondaires d'intérêt général, des chemins de fer d'intérêt local et des tramways et exerce en faveur de ces agents l'action sanitaire et sociale prévue au premier alinéa de l'article L. 222-1.

Les opérations résultant de l'application de l'alinéa précédent font l'objet de comptes distincts.

La couverture des charges de prestations et de gestion supportées par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, en application du premier alinéa est assurée par :

1° Les cotisations à la charge des salariés et des employeurs mentionnés aux articles 4 à 7 de la loi du 22 juillet 1922 précitée ;

2° Une contribution à la charge de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale ;

3° Une contribution de la caisse autonome de retraites complémentaires et de prévoyance du transport ;

4° Les recettes résultant de l'application de l'article L. 134-1 ;

5° Une contribution de l'Etat dont le montant est fixé par la loi de finances.

Les contributions mentionnées aux 2° et 3° ci-dessus sont déterminées dans des conditions fixées par décret.

Les prestations du régime spécial servies par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés sont payées dans les mêmes conditions que les avantages de vieillesse du régime général de sécurité sociale. Les prestations et les salaires servant de base à leur calcul sont revalorisés dans les mêmes conditions que les avantages de vieillesse du régime général de sécurité sociale et les salaires servant de base à leur calcul.

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

Article L715-2

Le régime de l'assurance maladie des marins, géré par la Caisse générale de prévoyance de l'Etablissement national des invalides de la marine, bénéficie d'une contribution d'équilibre prenant en compte l'ensemble des dépenses du régime. A cette fin, un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la mer et du budget fixe, chaque année, le montant définitif de cette contribution d'équilibre due par le régime général.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 2 : Régimes divers de non-salariés et assimilés

Chapitre 2 : Régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (maladie, maternité, décès)

Section 1 : Champ d'application - Affiliation.

Article L722-1

Le régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre est applicable :

1°) aux médecins exerçant leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention prévue à l'article L. 162-5 ou, en l'absence d'une telle convention, dans le cadre du règlement prévu à l'article L. 162-14-2 ;

2°) aux médecins exerçant leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention mentionnée au 1° et de la convention prévue à l'article L. 162-14 ou, en l'absence de la convention mentionnée au 1°, dans le cadre du règlement prévu à l'article L. 162-14-2 ;

3°) aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux qui exercent leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention conclue en application des articles L. 162-9, L. 162-12-2 ou L. 162-12-9 ou, en l'absence d'une telle convention, dans le cadre du régime de l'adhésion personnelle prévue au dernier alinéa de l'article L. 162-11.

4°) aux étudiants en médecine visés au premier alinéa de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique qui effectuent le remplacement d'un docteur en médecine lorsqu'ils ne bénéficient pas des dispositions de l'article L. 381-4.

Le bénéfice du présent régime n'est accordé aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux qu'à la double condition :

1°) qu'ils aient exercé leur activité dans de telles conditions pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat ;

2°) qu'ils soient liés par convention ou adhésion personnelle simultanément au régime d'assurance maladie des travailleurs salariés des professions non agricoles, aux régimes d'assurance maladie agricoles des travailleurs salariés et non salariés et au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles pour l'ensemble des groupes de professions mentionnés au 1° de l'article L. 615-1.

Article L722-1-1

Les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires différents des honoraires conventionnels peuvent, par dérogation aux dispositions du 1° de l'article L. 722-1, demander à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Le choix pour ces médecins entre l'un ou l'autre régime intervient au moment de leur début d'activité ou lorsque, dans le cadre de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, la faculté de modifier leur option conventionnelle leur est ouverte. Ce choix s'exprime dans les mêmes conditions de délai que l'option conventionnelle.

Les deux premiers alinéas du présent article sont applicables aux médecins qui sont autorisés à appliquer les tarifs majorés visés au 8° de l'article L. 162-5.

Les pédicures-podologues qui exercent leur activité professionnelle dans les conditions mentionnées au 3° de l'article L. 722-1 peuvent également, par dérogation au même 3°, demander à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles au moment de leur début d'activité.

Article L722-2

Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, titulaires d'une allocation de vieillesse servie en application du titre IV du livre VI, relèvent du régime institué par le présent chapitre, sous réserve que, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat, leur activité non salariée se soit exercée dans le cadre de conventions ou dans le cadre du régime des adhésions personnelles ; ils ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 311-9.

Toutefois, les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui, au 31 décembre 1968, bénéficiaient, au titre d'un régime obligatoire de sécurité sociale, d'un avantage de vieillesse qui leur ouvrait droit aux prestations en nature de l'assurance maladie.

Article L722-3

Les conjoints survivants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux titulaires d'une allocation de vieillesse servie en application du titre IV du livre VI, sont affiliés au

régime institué par le présent chapitre, sous réserve que l'activité non salariée du conjoint décédé ait satisfait à la condition prévue au premier alinéa de l'article L. 722-2. Ils ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 311-9.

Toutefois, les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui, au 31 décembre 1968, bénéficiaient, au titre d'un régime obligatoire de sécurité sociale, d'un avantage de réversion qui leur ouvrait droit aux prestations en nature de l'assurance maladie.

Section 2 : Financement - Cotisations.

Article L722-4

Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent de leurs activités professionnelles, appréciés en application de l'article L. 131-6. Les revenus tirés des activités professionnelles qui ne sont pas réalisées dans le cadre des conventions, du règlement ou du régime d'adhésion personnelle mentionnés à l'article L. 722-1 sont pris en compte dans la limite du plafond fixé pour l'application de l'article L. 612-4.

Article L722-5

Les dispositions des sections 4 et 5 du chapitre 3 du titre IV du livre II, les dispositions du chapitre 4 du même titre ainsi que celles de l'article L. 374-1 du présent code sont applicables au recouvrement des cotisations prévues à l'article L. 722-4.

Article L722-5-1

Le cas échéant, le montant des cotisations dues par les personnes visées au 4° de l'article L. 722-1 est modulé selon des modalités fixées par décret.

Section 3 : Prestations.

Article L722-6

En cas de maladie, maternité et décès, les praticiens et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 722-1 ont droit et ouvrent droit, selon les dispositions des articles L. 313-3, L. 331-1 et L. 361-4 aux prestations prévues par le 1° de l'article L. 321-1 et par les articles L. 331-2 et L. 361-1.

Le capital décès versé par application de l'article L. 361-1 correspond à une fraction du montant du revenu ayant servi de base au calcul de la cotisation de l'intéressé dans la limite du plafond prévu à l'article L. 241-3.

Les prestations sont servies par les caisses primaires d'assurance maladie. Elles cessent d'être accordées suivant les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat :

1°) au cas où la convention ou l'adhésion personnelle liant le praticien ou l'auxiliaire médical cesse d'avoir effet ;

2°) en cas de cessation, par l'intéressé, de l'exercice non salarié de sa profession ;

3°) pendant la durée de toute sanction prononcée par la juridiction compétente à l'encontre de l'intéressé et comportant l'interdiction, pour une durée supérieure à trois mois, de donner des soins aux assurés sociaux.

Les prestations en espèces ne sont accordées que si les cotisations échues ont été versées par l'assuré avant l'ouverture du risque.

Article L722-7

Les 10°, 11° et 12° de l'article L. 322-3 s'appliquent sauf dispositions plus favorables, aux personnes qui relèvent du régime institué par le présent chapitre.

Article L722-8

Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre bénéficient à l'occasion de leurs maternités d'une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité.

Lorsqu'elles cessent toute activité professionnelle, les assurées reçoivent également une indemnité journalière forfaitaire. Les femmes dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol bénéficient de l'indemnité journalière forfaitaire à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans les conditions prévues par l'article 32 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Les femmes mentionnées au premier alinéa bénéficient des allocations prévues par le présent article à l'occasion de l'arrivée à leur foyer d'un enfant confié en vue de son adoption par un service d'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption. Ces allocations sont également accordées aux femmes titulaires de l'agrément mentionné aux articles L. 225-2 à L. 225-7 et L. 225-18 ou L. 225-15 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'elles adoptent ou accueillent un enfant en vue de son adoption par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer sur le territoire français. Les allocations sont servies dans les conditions suivantes :

1°) l'allocation forfaitaire prévue au premier alinéa est due pour sa moitié ;

2°) l'indemnité journalière est due pour la ou les périodes d'interruption d'activité se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer, la durée maximale d'attribution de la prestation étant égale aux trois quarts de celle qui est prévue en cas de maternité.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment le montant de l'allocation prévue au premier alinéa, les montants et les durées d'attribution de l'indemnité journalière prévue au deuxième alinéa, notamment lorsque l'accouchement a lieu plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant.

Les montants des prestations sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées pour le plafond prévu à l'article L. 241-3.

Article L722-8-1

Les conjointes des praticiens et auxiliaires médicaux relevant du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre qui remplissent les conditions de collaboration professionnelle définies par décret bénéficient à l'occasion de la maternité :

- d'une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité ;

- d'une indemnité de remplacement proportionnelle à la durée et au coût de celui-ci lorsqu'elles se font remplacer dans les travaux professionnels ou ménagers qu'elles effectuent habituellement.

Elles bénéficient également, à l'occasion de l'arrivée à leur foyer d'un enfant confié en vue de son adoption par un service d'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption, des allocations prévues par le présent article dans les conditions suivantes :

1° L'allocation forfaitaire de repos maternel est due pour sa moitié ;

2° L'allocation de remplacement est due pour la ou les périodes de remplacement se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer, la durée maximale d'attribution de la prestation étant égale à la moitié de celle qui est prévue en cas de maternité.

Ces allocations sont également accordées aux femmes titulaires de l'agrément mentionné aux articles L. 225-2 à L. 225-7 et L. 225-18 ou L. 225-15 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'elles adoptent ou accueillent un enfant en vue de son adoption par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer sur le territoire français.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment le montant de l'allocation prévue au deuxième alinéa, les montants et les durées d'attribution de l'indemnité journalière prévue au troisième alinéa, notamment lorsque l'accouchement a lieu plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant.

Les montants maximaux des allocations sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées par les articles L. 141-3 et L. 141-4 du code du travail pour le salaire minimum de croissance.

Article L722-8-3

Les pères relevant à titre personnel du régime institué au présent chapitre bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de cesser toute activité professionnelle, de l'indemnité journalière forfaitaire mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 722-8.

Les pères conjoints collaborateurs remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 722-8-1 bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'ils effectuent habituellement, de l'indemnité complémentaire visée au troisième alinéa dudit article.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment les montants et la durée d'attribution des prestations.

Article L722-9

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités de coordination entre le présent régime et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles institué par le titre I du livre VI du présent code.

Chapitre 3 : Régime des avocats (assurance vieillesse et invalidité-décès)

Section 1 : Organisation administrative et financière

Sous-section 1 : Organisation administrative - Caisse nationale des barreaux français.

Article L723-1

Sont affiliés de plein droit à une caisse privée, dite caisse nationale des barreaux français, dotée de la personnalité civile, les avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation et tous les avocats et

avocats stagiaires en activité dans les barreaux de la métropole et des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Sont également affiliés le conjoint associé et le conjoint collaborateur mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce.

Les statuts de cette caisse ne peuvent entrer en vigueur qu'après avoir été approuvés par arrêté interministériel.

Article L723-2

Lorsqu'elle statue sur les réclamations concernant la régularité de l'élection des membres de l'assemblée générale et du conseil d'administration de la caisse nationale des barreaux français, la cour d'appel siège en chambre du conseil ; la décision est prononcée en audience publique.

Sous-section 2 : Ressources.

Article L723-3

Dans la métropole et dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les droits alloués aux avocats pour la plaidoirie et perçus par eux, au titre de leur activité propre comme de celle des avocats salariés qu'ils emploient, sont affectés au financement du régime d'assurance vieillesse de base de la Caisse nationale des barreaux français. Ils sont recouvrés auprès de chaque avocat non salarié ou société d'avocats par l'ordre des avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation et par chaque barreau et sont versés à la Caisse nationale des barreaux français, sans préjudice de la faculté, pour chaque avocat ou société d'avocats, de les verser directement à ladite caisse.

Lorsque leur activité principale n'est pas la plaidoirie, les avocats non salariés et les sociétés d'avocats dont au moins un associé ou un salarié est affilié à la Caisse nationale des barreaux français versent une contribution équivalente aux droits de plaidoirie.

Parmi ces derniers, sont réputés ne pas avoir pour activité principale la plaidoirie ceux dont l'activité, déterminée en fonction de leurs revenus professionnels d'avocats complétés des rémunérations nettes versées aux avocats salariés affiliés à la Caisse nationale des barreaux français, donne lieu à un nombre de droits de plaidoirie inférieur à un minimum fixé par ladite caisse. Les revenus professionnels non salariés et les rémunérations pris en compte pour le calcul de la contribution équivalente sont appréciés dans la limite d'un plafond fixé dans les conditions prévues au dernier alinéa du présent article.

Les sommes recouvrées par application du présent article et des dispositions de l'article L. 723-4 couvrent le tiers des charges du régime d'assurance vieillesse de base de l'année courante.

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

Article L723-5

La caisse instituée par l'article L. 723-1 perçoit, outre le montant des droits de plaidoirie mentionnés à l'article L. 723-3, une cotisation annuelle obligatoire pour tous les avocats, à l'exception de ceux qui en sont exonérés. Elle peut être graduée suivant l'âge lors de la prestation de serment et l'ancienneté d'exercice depuis la prestation de serment.

La caisse perçoit également une cotisation assise sur les revenus définis en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 dans la limite d'un plafond fixé par décret ; le taux de cette cotisation est également fixé par décret.

La caisse reçoit une contribution du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2.

Les cotisations d'assurance vieillesse de base du conjoint collaborateur de l'avocat non salarié comportent une part fixée à une fraction de la cotisation visée au premier alinéa et une part calculée sur une fraction équivalente à la précédente du revenu visé au deuxième alinéa.

Le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce peut demander la prise en compte, par l'organisation autonome d'assurance vieillesse mentionnée à l'article L. 723-1 du présent code, de périodes d'activité sous réserve de justifier par tous moyens avoir participé directement et effectivement à l'activité de l'entreprise et d'acquitter des cotisations dans des conditions garantissant la neutralité actuarielle. Les périodes susceptibles d'être rachetées sont limitées à six années. Le rachat est autorisé jusqu'au 31 décembre 2020.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, notamment :

- les conditions dans lesquelles les demandes doivent être présentées ;
- le mode de calcul des cotisations et les coefficients de revalorisation qui leur sont applicables ;
- les modalités de liquidation des droits à l'assurance vieillesse des demandeurs.

Article L723-5-1

Sont exonérées du paiement du quart de la cotisation forfaitaire mentionnée au premier alinéa de l'article L. 723-5 les femmes ayant accouché durant l'année au titre de laquelle ladite cotisation est appelée. La période ouvrant droit à exonération est le trimestre civil au cours duquel survient l'accouchement. Les dispositions de l'article L. 131-7 ne sont pas applicables à cette exonération.

Article L723-6

Outre le montant des droits de plaidoirie et celui des cotisations mentionnés aux articles L. 723-3 et L. 723-5, la caisse nationale des barreaux français peut percevoir une cotisation distincte, destinée

au financement d'un régime d'assurance décès et invalidité, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le mode de calcul de la cotisation et des prestations du régime d'assurance décès et invalidité est adapté pour l'affiliation des conjoints-collaborateurs.

Article L723-6-1

Les cotisations acquittées pour les avocats visés au 19° de l'article L. 311-3 sont assises sur leur rémunération brute telle que définie à l'article L. 242-1 et versées par l'employeur à la Caisse nationale des barreaux français. Une quote-part dont le montant est fixé par décret est due par le salarié. Cette quote-part est précomptée par l'employeur dans les conditions fixées à l'article L. 243-1.

Pour tout avocat qui travaille régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, la part des cotisations à verser et à précompter incombant à chacun des employeurs est déterminée au prorata des rémunérations qu'ils ont respectivement versées dans la limite du montant de la cotisation forfaitaire prévue au premier alinéa de l'article L. 723-5 et du montant de la cotisation proportionnelle plafonnée prévue au deuxième alinéa de ce même article.

Ces cotisations sont recouvrées dans les mêmes conditions et sous les mêmes sanctions que les cotisations du régime général en application des dispositions de l'article L. 133-3 et des chapitres III et IV du titre IV du livre II du présent code.

Sous-section 4 : Dispositions diverses

Article L723-6-2

Les dispositions de l'article L. 652-6 sont applicables au régime visé au présent chapitre. Le contrôle prévu par cet article y est exercé par la Caisse nationale des barreaux français.

Article L723-6-3

Les dispositions de l'article L. 243-6-2 sont applicables aux personnes affiliées à la Caisse nationale des barreaux français.

Section 2 : Contrôle de l'administration.

Article L723-7

Les autorités compétentes de l'Etat sont représentées auprès de la Caisse nationale des barreaux français par des commissaires du Gouvernement.

Un représentant du garde des sceaux, ministre de la justice, assiste aux séances du conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français et des commissions ayant reçu délégation de celui-ci. Il est entendu chaque fois qu'il le demande.

En cas de faute lourde dûment constatée commise par le directeur ou le comptable, l'autorité compétente de l'Etat peut, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français, mettre fin aux fonctions du directeur ou du comptable.

Article L723-8

Les délibérations de l'assemblée générale des délégués de la caisse nationale des barreaux français fixant le montant de la cotisation prévue à l'article L. 723-5 et le montant des retraites ne deviennent exécutoires que si, dans un délai déterminé à compter du jour où leur texte a été communiqué aux autorités compétentes de l'Etat, aucune de celles-ci n'a fait connaître qu'elle s'opposait à leur application.

Article L723-9

Le rôle des cotisations est rendu exécutoire par le premier président de chaque cour d'appel, sur l'avis du procureur général.

Section 3 : Prestations

Sous-section 1 : Prestations de retraite de base.

Article L723-10

Sauf dérogation accordée par délibération spéciale du conseil d'administration de la caisse, la pension ne peut être versée qu'à partir du moment où l'intéressé a acquitté la totalité des cotisations à sa charge y compris, s'il y a lieu, les majorations de retard.

Article L723-10-1

I.-La liquidation de la pension peut être demandée à partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1.

Lorsque l'intéressé a accompli la durée d'assurance fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 dans le présent régime et dans un ou plusieurs autres régimes d'assurance vieillesse de base, le montant de la pension de retraite est calculé en proportion de la durée d'assurance à la Caisse nationale des barreaux français.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les coefficients de réduction de la pension de retraite applicables en fonction de l'âge auquel est demandée la liquidation et de la durée d'assurance lorsque l'intéressé ne justifie pas de la durée prévue au deuxième alinéa du présent I.

La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa.

II.-L'âge prévu au premier alinéa du I est abaissé pour les assurés qui ont commencé leur activité avant un âge et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans le régime d'assurance vieillesse de base des avocats et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent II, et notamment les conditions dans lesquelles, le cas échéant, une partie des périodes de service national peut être réputée avoir donné lieu au versement de cotisations.

III.-La condition d'âge prévue au premier alinéa du I est abaissée, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par décret ou qu'ils bénéficiaient de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mentionnée à l'article L. 5213-1 du code du travail, une durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse de base des avocats et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré.

La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret.

Article L723-10-1-1

Les assurés du présent régime bénéficient des dispositions prévues aux articles L. 351-4 et L. 351-4-1, adaptées en tant que de besoin par décret pour tenir compte des modalités particulières de calcul de la pension de ce régime.

Article L723-10-2

Sont liquidées sans coefficient de réduction, même s'ils ne justifient pas de la durée d'assurance prévue au deuxième alinéa de l'article L. 723-10-1, les pensions de retraite :

1° Des avocats ayant atteint l'âge déterminé en application du 1° de l'article L. 351-8 ;

2° Des avocats ayant atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 723-10-1 et relevant de l'une des catégories suivantes :

- reconnus atteints d'une incapacité physique d'exercer leur profession dans les conditions prévues à l'article L. 723-10-4 ;

- grands invalides mentionnés aux articles L. 36 et L. 37 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

- anciens déportés et internés titulaires de la carte de déporté ou interné de la Résistance ou de la carte de déporté ou interné politique ;

- personnes mentionnées au 5° de l'article L. 351-8.

Les dispositions du présent article sont applicables au conjoint collaborateur de l'avocat non salarié mentionné à l'article L. 723-1.

3° Des travailleurs handicapés admis à demander la liquidation de leur pension de retraite dans les conditions prévues au III de l'article L. 723-10-1.

Article L723-10-3

Sont prises en compte par le régime d'assurance vieillesse de base des avocats, pour l'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations fixées dans des conditions définies par décret garantissant la neutralité actuarielle et dans la limite totale de douze trimestres d'assurance :

1° Les périodes d'études accomplies dans les établissements, écoles et classes mentionnés à l'article L. 381-4 et n'ayant pas donné lieu à affiliation à un régime d'assurance vieillesse lorsque le régime d'assurance vieillesse de base des avocats est le premier régime d'affiliation à l'assurance vieillesse après lesdites études ; ces périodes d'études doivent avoir donné lieu à l'obtention d'un diplôme, l'admission dans les grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles étant assimilée à l'obtention d'un diplôme ; les périodes d'études ayant permis l'obtention d'un diplôme équivalent délivré par un Etat membre de l'Union européenne peuvent également être prises en compte ;

2° Les années civiles ayant donné lieu à affiliation au régime d'assurance vieillesse de base des

avocats à quelque titre que ce soit, au titre desquelles il est retenu un nombre de trimestres inférieur à quatre.

Article L723-10-4

L'incapacité physique d'exercer la profession d'avocat s'apprécie en déterminant si, à la date de la demande ou à une date postérieure, le requérant, compte tenu de son âge, de son état de santé, de ses capacités physiques et mentales, de ses aptitudes ou de sa formation professionnelle, n'est plus en mesure d'exercer cette activité professionnelle.

Les dispositions du présent article sont applicables au conjoint collaborateur de l'avocat non salarié mentionné à l'article L. 723-1 et appréciées au regard de l'incapacité à participer en qualité de conjoint collaborateur à l'activité de l'avocat.

Article L723-11

Les assurés ne justifiant pas d'une durée d'assurance déterminée ont droit à une fraction de l'allocation aux vieux travailleurs salariés mentionnée au chapitre Ier du titre Ier du livre VIII en fonction de cette durée.

Article L723-11-1

L'attribution de la pension de retraite est subordonnée à la cessation de l'activité d'avocat.

Par dérogation au précédent alinéa, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :

- a) A partir de l'âge prévu au 1^o de l'article L. 351-8 ;
- b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa.

Sous-section 6 : Action sociale.

Article L723-12

La caisse nationale des barreaux français exerce une action à caractère sanitaire et sociale.

Sous-section 7 : Dispositions communes.

Article L723-13

Toute demande de remboursement de trop-perçu en matière de prestations de vieillesse et d'invalidité est prescrite par un délai de deux ans à compter du paiement desdites prestations dans les mains du bénéficiaire, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

En cas d'erreur de la caisse nationale, aucun remboursement de trop-perçu des prestations de vieillesse ou d'invalidité n'est réclamé à un pensionné de bonne foi lorsque ses ressources sont inférieures au chiffre limite fixé pour l'attribution, selon le cas, à une personne seule ou à un ménage, de l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

Lorsque les ressources de l'intéressé sont comprises entre ce plafond et le double de ce plafond, le remboursement ne peut pas être effectué d'office par prélèvement sur les prestations. Le cas et la situation du pensionné sont alors soumis au bureau du conseil d'administration statuant en commission de recours amiable qui accordera éventuellement la remise totale ou partielle de la dette et déterminera, le cas échéant, l'échelonnement de ce remboursement.

Section 4 : Régime complémentaire d'assurance vieillesse et survivants.

Article L723-14

La caisse nationale des barreaux français peut décider l'institution pour les avocats d'un régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse et survivants.

Les conjoints collaborateurs visés au deuxième alinéa de l'article L. 723-1 sont également assujettis au régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse et survivants.

La décision de la caisse nationale des barreaux français concernant l'institution du régime complémentaire n'entre en vigueur qu'après approbation par décret.

La Caisse nationale des barreaux français peut également constituer un régime complémentaire facultatif dans les conditions fixées par le code de la mutualité.

Article L723-15

Le régime complémentaire obligatoire est financé par les cotisations des assurés assises sur le revenu défini en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 ou sur les rémunérations brutes pour celles acquittées pour le compte des avocats visés au 19° de l'article L. 311-3, dans la limite d'un plafond.

L'alinéa précédent ne fait pas obstacle à l'application d'une convention entre la Caisse nationale des barreaux français et l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage mentionné à l'article L. 5427-1 du code du travail, en vue du financement de droits à retraite complémentaire pour les avocats mentionnés au 19° de l'article L. 311-3 du présent code, au titre des périodes pendant lesquelles les assurés concernés ont bénéficié d'une allocation versée par cet organisme.

Les cotisations d'assurance vieillesse complémentaire du conjoint collaborateur de l'avocat non salarié ont pour assiette, sur demande, un pourcentage du revenu professionnel défini au premier alinéa. Avec l'accord de l'avocat, cette assiette peut être déduite du revenu défini au premier alinéa avant calcul de la cotisation de l'avocat au régime complémentaire.

Ces cotisations obligatoires sont versées et recouvrées dans les mêmes conditions que les cotisations du régime de base instituées par les articles L. 723-5 et L. 723-6-1.

Elles sont déductibles du revenu professionnel imposable.

Article L723-16

Le règlement mentionné à l'article L. 723-19 précise les conditions dans lesquelles, sur demande individuelle, la caisse nationale des barreaux français peut accorder, compte tenu des ressources de l'intéressé, une exonération des cotisations prévues à l'article L. 723-15 en faveur des avocats qui, à titre individuel ou collectif, ont adhéré, avant la promulgation de la loi n° 79-7 du 2 janvier 1979, à des conventions instituant des régimes supplémentaires de retraites. Les droits des avocats qui bénéficieront de cette exonération seront réduits en conséquence.

Article L723-17

Le versement des prestations complémentaires est subordonné à des conditions d'âge, de cessation d'activité et de versement des cotisations dues.

Au décès du cotisant, une pension de réversion est attribuée dans des conditions fixées par le règlement prévu par l'article L. 723-19.

Article L723-19

Le régime complémentaire est régi par un règlement établi par la caisse nationale des barreaux français et approuvé par arrêté interministériel.

Article L723-20

Les décisions de la caisse nationale des barreaux français, tendant à modifier le taux des cotisations et le montant du plafond mentionné à l'article L. 723-15 ou à revaloriser les prestations, ne deviennent exécutoires que si, dans le délai d'un mois à compter du jour de leur notification aux autorités compétentes de l'Etat, aucune de celles-ci ne s'est opposée à leur application.

Article L723-21

Le régime complémentaire est géré par la caisse nationale des barreaux français. Ses opérations sont retracées dans un compte distinct.

Section 5 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article L723-22

Les pensions de vieillesse payées par la Caisse nationale des barreaux français sont cessibles et saisissables dans les mêmes conditions et limites que les salaires. Toutefois, elles le sont dans la limite de 90 % au profit des établissements hospitaliers et des organismes de sécurité sociale pour le paiement des frais d'hospitalisation.

Article L723-23

Un décret en Conseil d'Etat fixe les mesures d'application des sections 1 à 3 du présent chapitre, et notamment les règles d'organisation et de fonctionnement de la caisse nationale des barreaux français.

Article L723-24

Les avocats exerçant leur profession dans un territoire français d'outre-mer, ainsi que les avocats français exerçant dans un territoire antérieurement placé sous la souveraineté, le protectorat ou la tutelle de la France, peuvent cotiser volontairement à la caisse nationale des barreaux français.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions auxquelles doit satisfaire l'exercice de la profession d'avocat pour ouvrir le bénéfice des dispositions du présent article.

Les demandes d'affiliation à la caisse nationale des barreaux français doivent être adressées à ladite caisse avant l'expiration d'un délai fixé par décret en Conseil d'Etat.

A dater de leur adhésion à l'assurance volontaire instituée au présent article, les intéressés doivent verser à la caisse nationale des barreaux français, outre les cotisations exigées des avocats inscrits à un barreau français, une cotisation spéciale calculée dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 4 : Assurance volontaire

Chapitre 2 : Assurance volontaire vieillesse et assurance volontaire invalidité

Section 1 : Dispositions concernant le régime des salariés

Sous-section 1 : Généralités.

Article L742-1

La faculté de s'assurer volontairement, pour les risques invalidité et vieillesse, est accordée aux personnes qui, ayant été affiliées obligatoirement pendant une durée déterminée, cessent de remplir les conditions de l'assurance obligatoire.

La même faculté est accordée, pour les mêmes risques, aux personnes qui, sans recevoir de rémunération, remplissent effectivement les fonctions et obligations de la tierce personne auprès de leur conjoint ou d'un membre de leur famille infirme ou invalide médicalement reconnu être dans l'obligation d'avoir recours, pour accomplir les actes ordinaires de la vie, à l'assistance constante d'une tierce personne, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsqu'elles ne peuvent prétendre au bénéfice des dispositions du 2° de l'article L. 381-1.

Il en est de même pour le risque vieillesse en ce qui concerne :

1° Les personnes salariées ou assimilées travaillant hors du territoire français et ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée par décret ;

2°) Le parent ou le parent chargé de famille résidant en France ainsi que le parent ou le parent chargé de famille ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée par décret, résidant hors du territoire français qui ne relève pas, à titre personnel, d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse et qui satisfait à des conditions fixées par décret, notamment en ce qui concerne la situation de famille.

Il en est de même pour le risque invalidité en ce qui concerne le parent chargé de famille et résidant en France, qui n'exerce pas d'activité professionnelle et qui satisfait à des conditions fixées par décret, relatives à l'ouverture des droits et à la situation de famille.

Article L742-2

Les travailleurs salariés ou assimilés mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 742-1 qui adhèrent à l'assurance volontaire peuvent, pour les périodes durant lesquelles ils ont exercé, depuis le 1er juillet 1930, une activité salariée hors du territoire français, acquérir des droits à l'assurance vieillesse moyennant le versement des cotisations. Les cotisations sont égales à celles dues en application de l'article L. 351-14-1.

La même faculté est offerte, dans les mêmes conditions, aux personnes ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée par décret, qui ont exercé leur activité hors du territoire français et au conjoint survivant des salariés qui auraient pu bénéficier du présent article.

Article L742-3

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application des articles L. 742-1 et L. 742-2 et précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation et le mode de calcul des cotisations.

Sous-section 5 : Personnes ayant bénéficié de l'indemnité de soins aux tuberculeux.

Article L742-4

Les personnes qui ont bénéficié de l'indemnité de soins aux tuberculeux prévue à l'article L. 41 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, ou leurs conjoints survivants, ont la faculté de racheter, au titre de l'assurance vieillesse volontaire du régime général de sécurité sociale, les cotisations pour la période correspondant au service de cette indemnité et qui n'est pas susceptible d'être validée gratuitement, à la condition que les titulaires de celle-ci n'aient acquis aucun droit à pension à raison d'une activité professionnelle durant cette période, et que ladite période ne soit pas susceptible d'être prise en considération pour l'ouverture et le calcul des droits à pension de vieillesse en application de l'article L. 161-21.

Article L742-5

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application de l'article L. 742-4, notamment les conditions dans lesquelles les demandes sont présentées et le mode de calcul des cotisations ainsi que les coefficients de revalorisation qui leur sont applicables.

Section 2 : Dispositions concernant les régimes des non salariés non agricoles

Sous-section 1 : Dispositions communes aux trois régimes.

Article L742-6

Peuvent adhérer volontairement à l'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés :

1°) les personnes ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, exerçant une des activités professionnelles énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 et résidant hors du territoire français. Les modalités d'application de cette disposition sont déterminées par un décret qui précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation ;

2°) les personnes qui, ayant exercé en dernier lieu une des activités énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 et ne pouvant prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse, n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale ;

3°) les personnes qui ont exercé une profession artisanale ou une profession industrielle ou commerciale au sens des articles L. 622-3 et L. 622-4 et qui cessent d'exercer directement cette activité en raison de la mise en location-gérance de leur fonds dont elles conservent la propriété ;

4°) les personnes ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse et qui participent à l'exercice d'une activité professionnelle non-salariée non-agricole mentionnée aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 ;

5°) (abrogé)

6°) (abrogé)

Article L742-7

Les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 qui adhèrent à l'assurance volontaire prévue audit article peuvent, pour des périodes postérieures au 1er janvier 1949, pendant lesquelles elles

ont exercé leur activité hors du territoire français, acquérir des droits aux prestations d'allocation vieillesse ou d'assurance vieillesse moyennant le versement de cotisations fixées par référence à celles dues en application de l'article L. 634-2-2 si elles exercent une activité professionnelle énumérée aux articles L. 622-3 et L. 622-4, ou par référence à celles dues en application de l'article L. 643-2 si elles exercent une activité professionnelle énumérée à l'article L. 622-5.

La même faculté est offerte, pour acquérir les mêmes droits, aux personnes ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, qui ont exercé leur activité hors du territoire français, ainsi qu'au conjoint survivant des personnes qui auraient rempli les conditions requises pour bénéficier du présent article.

Les modalités d'application du présent article sont déterminées par un décret qui précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation.

Ce même décret fixe les conditions dans lesquelles sont prises en compte, pour l'attribution des allocations de vieillesse, des périodes d'exercice, par les personnes mentionnées au présent article, d'une activité non salariée antérieure au 1er janvier 1949.

Article L742-8

Des arrêtés fixent forfaitairement pour chacune des années à prendre en considération, et pour chaque classe de cotisation, le montant du versement à effectuer par les intéressés.

Sous-section 2 : Dispositions communes aux régimes des professions artisanales et à celui des professions industrielles et commerciales.

Article L742-10

Pour les années donnant lieu au partage de l'assiette des cotisations, les dispositions de l'article L. 351-10 s'appliquent au total des droits acquis par les deux conjoints.

Chapitre 3 : Assurance volontaire en matière d'accidents du travail.

Article L743-1

La faculté de s'assurer volontairement est accordée aux personnes qui ne bénéficient pas à un autre titre des dispositions du livre IV du présent code.

Dans ce cas, la cotisation est à leur charge. Les modalités de cette assurance et en particulier les prestations accordées sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L743-2

La faculté de souscrire une assurance couvrant les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles de leurs bénévoles est accordée aux oeuvres et organismes d'intérêt général entrant dans le champ d'application de l'article 200 du code général des impôts.

Les droits de l'assuré ne prennent effet qu'après acquittement des cotisations, qui sont à la charge des organismes mentionnés à l'alinéa précédent.

Les dispositions du livre IV du présent code sont applicables à cette assurance sous réserve des prescriptions spéciales du décret en Conseil d'Etat fixant les modalités d'application du présent article.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Départements d'outre-mer

Chapitre 1er : Généralités.

Article L751-1

Les dispositions du présent titre s'appliquent dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion à l'ensemble des bénéficiaires de la législation générale de sécurité sociale, y compris les membres des professions agricoles.

Chapitre 2 : Organisation administrative et financière - Contentieux

Section 1 : Dispositions communes aux caisses générales de sécurité sociale et aux caisses d'allocations familiales.

Article L752-1

L'organisation technique et financière de la sécurité sociale comprend notamment dans chacun des départements mentionnés à l'article L. 751-1, une caisse générale de sécurité sociale et une caisse d'allocations familiales dont le siège est fixé par arrêté interministériel.

Sont applicables aux caisses générales de sécurité sociale les dispositions des articles L. 211-3 à L. 211-5, L. 211-7, L. 215-4, L. 216-1 à L. 216-3, L. 281-4 à L. 281-6, L. 711-1 et L. 731-1.

Sont applicables aux caisses d'allocations familiales les dispositions des articles L. 211-7, L. 216-1 à L. 216-3, L. 281-4 à L. 281-6 et L. 711-1.

Article L752-2

Des arrêtés interministériels déterminent les règles imposées aux caisses générales de sécurité sociale et aux caisses d'allocations familiales des départements mentionnés à l'article L. 751-1, en

matière de comptabilité, d'établissement de leur règlement intérieur et, généralement, dans tous les cas où sont applicables des dispositions différentes de celles prévues par la législation de sécurité sociale pour le fonctionnement des caisses primaires d'assurance maladie, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses d'allocations familiales.

Les mêmes arrêtés précisent le rôle de la caisse nationale de l'assurance maladie, de la caisse nationale d'assurance vieillesse et de la caisse nationale des allocations familiales au regard des caisses générales de sécurité sociale et des caisses d'allocations familiales des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article L752-3

Par dérogation aux dispositions qui les assujettissent au secret professionnel, les agents des organismes de sécurité sociale sont tenus de signaler les dettes de cotisations exigibles dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, à l'institut d'émission des départements d'outre-mer, agissant pour le compte du Comité consultatif du secteur financier en vue de l'accomplissement de la mission confiée à ce dernier.

Un arrêté interministériel fixe le montant minimum des créances qui doivent faire l'objet d'une communication ainsi que les conditions de cette communication.

Article L752-3-1

A Saint-Pierre-et-Miquelon, les employeurs, y compris les employeurs du secteur artisanal, sont exonérés du paiement des cotisations à leur charge au titre de la législation de sécurité sociale, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les conditions suivantes :

I.-L'exonération est égale à 100 % du montant des cotisations patronales, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, afférentes aux salaires et rémunérations des salariés employés dans la limite d'un montant de rémunération égal au salaire minimum de croissance majoré de 30 % dues par :

1° Les entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail, occupant dix salariés au plus, dénombrés selon les dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1251-54 du code du travail. Si l'effectif vient à dépasser le seuil de dix salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des dix salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif d'une entreprise passe au-dessous de onze salariés ;

2° Les entreprises du secteur du bâtiment et des travaux publics occupant cinquante salariés au plus à l'exclusion des entreprises et des établissements publics mentionnés à l'article L. 2211-1 du code du travail. Le taux d'exonération est réduit à 50 % au-delà de ce seuil d'effectif ;

3° A l'exclusion des entreprises et établissements publics mentionnés à l'article L. 2211-1 du code du travail :

-les entreprises de transport aérien assurant la liaison entre la métropole et les départements

d'outre-mer ou les collectivités de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte, ou assurant la liaison entre ces départements ou ces collectivités, ou assurant la desserte intérieure de chacun de ces départements ou de la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon ; seuls sont pris en compte les personnels de ces entreprises concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés à Saint-Pierre-et Miquelon ;

les entreprises de Saint-Pierre-et-Miquelon assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points des îles de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Pour l'application des dispositions du présent I, l'effectif pris en compte est celui qui est employé par l'entreprise à Saint-Pierre-et-Miquelon, tous établissements confondus dans le cas où l'entreprise compte plusieurs établissements à Saint-Pierre-et-Miquelon. L'effectif est apprécié dans les conditions prévues par les articles L. 1111-2 et L. 1251-54 du code du travail.

II.-A l'exclusion des entreprises et établissements publics mentionnés à l'article L. 2211-1 du code du travail, l'exonération est égale à 100 % du montant des cotisations patronales, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans la limite d'un montant de rémunération égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 % applicable aux cotisations afférentes aux salaires et rémunérations des salariés employés par les entreprises, quel que soit leur effectif, des secteurs de l'industrie, de la restauration, à l'exception de la restauration de tourisme classée, de la presse, de la production audiovisuelle, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, y compris les coopératives agricoles et sociétés d'intérêt collectif agricoles et leurs unions, les coopératives maritimes et leurs unions.

III.-A l'exclusion des entreprises et établissements publics mentionnés à l'article L. 2211-1 du code du travail, l'exonération est égale à 100 % du montant des cotisations patronales, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans la limite d'un montant de rémunération égal au salaire minimum de croissance majoré de 50 % applicable aux cotisations afférentes aux salaires et rémunérations des salariés employés par les entreprises, quel que soit leur effectif, des secteurs du tourisme, de la restauration de tourisme classée et de l'hôtellerie.

IV.-Lorsque dans une même entreprise ou un même établissement sont exercées plusieurs activités, l'exonération est applicable au titre des salariés employés dans chacune des activités relevant des secteurs mentionnés aux I, II et III au taux et sur l'assiette de rémunération correspondant à cette activité.

IV bis.-Les exonérations prévues par le présent article ne peuvent être cumulées avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.

V.-Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article, ainsi que de tous autres allègements et exonérations de cotisations patronales prévus par le présent code, est subordonné au fait, pour l'entreprise ou le chef d'entreprise, de ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale passée en force de chose jugée soit pour fraude fiscale, soit pour travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 5224-2, L. 8224-1, L. 8224-3, L. 8224-4, L. 8224-5, L. 8224-6, L. 8234-1 et L. 8234-2 du code du travail.

Lorsqu'un organisme chargé du recouvrement est avisé, par la transmission du procès-verbal établi par un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1 du code du travail, de la commission d'une des infractions mentionnées à l'alinéa précédent, il suspend la mise en œuvre des exonérations prévues par le présent article jusqu'au terme de la procédure judiciaire.

V bis.-Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de l'exonération est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.

V ter.-Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement. La condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que l'employeur a, d'une part, souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité.

VI.-Un décret en Conseil d'Etat détermine, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.

Article L752-3-2

I. # En Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail, sont exonérés du paiement des cotisations à leur charge au titre de la législation de sécurité sociale à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les conditions définies au présent article.

II. # L'exonération s'applique :

1° Aux entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail, occupant dix salariés au plus. Si l'effectif vient à dépasser le seuil de dix salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des dix salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif d'une entreprise passe au-dessous de onze salariés ;

2° Aux entreprises, quel que soit leur effectif, du secteur du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, y compris les coopératives agricoles et sociétés d'intérêt collectif agricoles et leurs unions, ainsi que les coopératives maritimes et leurs unions, du tourisme, de la restauration de tourisme y compris les activités de loisirs s'y rapportant, et de l'hôtellerie ;

3° Aux entreprises de transport aérien assurant :

a) La liaison entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon ou Mayotte ;

b) La liaison entre ces départements ou collectivités ;

c) La desserte intérieure de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin.

Seuls sont pris en compte les personnels de ces entreprises concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés dans l'un de ces départements, à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin ;

4° Aux entreprises assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, ou la liaison entre les ports de ces départements ou collectivités ou la liaison entre les ports de La Réunion et de Mayotte.

III. # Le montant de l'exonération est calculé chaque mois civil, pour chaque salarié, en fonction de sa rémunération telle que définie à l'article L. 242-1. Lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale à 3,8 fois le salaire minimum de croissance.

Pour les employeurs dont l'effectif est inférieur à onze salariés, lorsque la rémunération horaire est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 % et inférieure à un seuil égal à 2,2 fois le salaire minimum de croissance, la rémunération est exonérée des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. A partir du seuil de 2,2 fois le salaire minimum de croissance, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale à 3,8 fois le salaire minimum de croissance.

IV. # Par dérogation au III, le montant de l'exonération est calculé selon les modalités prévues au dernier alinéa du présent IV pour les entreprises situées en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion et à Saint-Martin respectant les conditions suivantes :

1° Employer moins de deux cent cinquante salariés et avoir réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros ;

2° Avoir une activité principale relevant de l'un des secteurs d'activité éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 undecies B du code général des impôts, ou de même nature dans le cas des entreprises exploitées à Saint-Martin, ou correspondant à l'une des activités suivantes : comptabilité, conseil aux entreprises, ingénierie ou études techniques à destination des entreprises, recherche et développement ou technologies de l'information et de la communication ;

3° Etre soumises de plein droit ou sur option à un régime réel d'imposition ;

4° A l'exception des entreprises situées en Guyane, dans les îles des Saintes, à Marie-Galante, à La Désirade et dans les communes de La Réunion définies par l'article 2 du décret n° 78-690 du 23 juin 1978 portant création d'une zone spéciale d'action rurale dans le département de La Réunion, ainsi que dans les communes de la Guadeloupe et de la Martinique, dont la liste est fixée par décret, qui satisfont cumulativement aux trois critères suivants :

-elles sont classées en zone de montagne au sens de la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne ;

-elles sont situées dans un arrondissement dont la densité de population, déterminée sur la base des populations légales en vigueur au 1er janvier 2009, est inférieure à 270 habitants par kilomètre carré ;

-leur population, au sens de l'article L. 2334-2 du code général des collectivités territoriales, était inférieure à 10 000 habitants en 2008 :

a) Exercer leur activité principale dans l'un des secteurs suivants : recherche et développement,

technologies de l'information et de la communication, tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, environnement, agronutrition ou énergies renouvelables ;

b) Ou :

-avoir signé avec un organisme public de recherche ou une université, y compris étrangers, une convention, agréée par l'autorité administrative, portant sur un programme de recherche dans le cadre d'un projet de développement sur l'un ou plusieurs de ces territoires si les dépenses de recherche, définies aux a à g du II de l'article 244 quater B du code général des impôts, engagées dans le cadre de cette convention représentent au moins 5 % des charges totales engagées par l'entreprise au titre de l'exercice écoulé ;

-ou avoir réalisé des opérations sous le bénéfice du régime de transformation sous douane défini aux articles 130 à 136 du règlement (CEE) n° 2913/92 du Conseil du 12 octobre 1992 établissant le code des douanes communautaire, si le chiffre d'affaires provenant de ces opérations représente au moins un tiers du chiffre d'affaires de l'exploitation au titre de l'exercice écoulé.

Les conditions prévues aux 1° et 2° s'apprécient à la clôture de chaque exercice.

Pour les entreprises mentionnées au présent IV, lorsque la rémunération horaire est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 % et inférieure à un seuil égal à 2,5 fois le salaire minimum de croissance, la rémunération est exonérée des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 60 %. A partir du seuil de 2,5 fois le salaire minimum de croissance, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale à 4,5 fois le salaire minimum de croissance.

V. # Pour l'application du présent article, l'effectif pris en compte est celui qui est employé par l'entreprise dans chacune des collectivités mentionnées au I, tous établissements confondus dans le cas où l'entreprise compte plusieurs établissements dans la même collectivité. L'effectif est apprécié dans les conditions prévues par les articles L. 1111-2 et L. 1251-54 du code du travail.

Lorsque dans une même entreprise ou un même établissement sont exercées plusieurs activités, l'exonération est applicable au titre de l'activité exercée par chacun des salariés employés.

VI. # Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement. La condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que l'employeur a, d'une part, souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité.

Les exonérations prévues par le présent article ne peuvent être cumulées avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.

VII. # Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article, ainsi que de tous autres allègements et exonérations de cotisations patronales prévus par le présent code, est subordonné au fait, pour l'entreprise ou le chef d'entreprise, de ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale passée en force de chose jugée soit pour fraude fiscale, soit pour travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 5224-2, L. 8224-1, L. 8224-3, L. 8224-4, L. 8224-5, L. 8224-6, L. 8234-1 et L. 8234-2 du code du travail.

Lorsqu'un organisme chargé du recouvrement est avisé, par la transmission du procès-verbal établi

par un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail, de la commission d'une des infractions mentionnées à l'alinéa précédent, il suspend la mise en œuvre des exonérations prévues par le présent article jusqu'au terme de la procédure judiciaire.

VIII. # Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article.

Section 2 : Dispositions relatives aux caisses générales de sécurité sociale.

Article L752-4

Les caisses générales de sécurité sociale ont pour rôle :

1°) d'assurer pour l'ensemble des salariés, y compris les salariés agricoles, la gestion des risques maladie, maternité, décès et invalidité, la gestion des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles ;

2°) d'assurer pour les exploitants agricoles la gestion des risques maladie, invalidité et maternité, dans les conditions prévues par l'article L. 762-24 du code rural ;

3°) de gérer le risque vieillesse :

a. des salariés relevant de la caisse nationale d'assurance vieillesse, pour le compte de ladite caisse ;

b. des salariés agricoles ;

c. des exploitants agricoles dans les conditions fixées par l'article L. 762-1 du code rural ;

4°) d'exercer une action de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

5°) d'exercer une action sanitaire et sociale dans leurs circonscriptions en faveur de l'ensemble des salariés et, dans les conditions prévues par l'article L. 762-25 du code rural, d'exercer une action sanitaire et sociale en faveur des exploitants agricoles.

6°) D'exercer les fonctions dévolues en métropole aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général et de la mutualité sociale agricole à l'exception des compétences mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 212-3 du présent code qui sont exercées dans les départements d'outre-mer par la Caisse maritime d'allocations familiales.

Article L752-5

Au sein de chaque caisse générale de sécurité sociale instituée dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, trois sections spéciales sont respectivement affectées :

1°) à la gestion des risques maladie, maternité, décès, invalidité ;

2°) à la gestion du risque vieillesse et au service de l'allocation aux vieux travailleurs salariés ;

3°) à la gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles.

Article L752-6

Chaque caisse générale de sécurité sociale des départements d'outre-mer est administrée par un conseil d'administration de vingt-cinq membres comprenant :

1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Huit représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :

- cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

- trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national ;

3° Trois représentants des exploitants agricoles désignés par les organisations professionnelles nationales représentatives ;

4° Deux représentants désignés par la Fédération nationale de la mutualité française ;

5° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses générales de sécurité sociale et désignées par l'autorité compétente de l'Etat, dont au moins un représentant des retraités.

Siègent également, avec voix consultative :

1° Un représentant des associations familiales désigné par l'union départementale des associations familiales territorialement compétente dans la circonscription de la caisse ;

2° Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

Section 3 : Dispositions relatives aux caisses d'allocations familiales.

Article L752-7

Les caisses d'allocations familiales ont pour rôle d'assurer le service des prestations familiales et d'exercer une action sociale en faveur de leurs ressortissants et de leurs familles dans le cadre d'un

programme particulier défini par arrêté interministériel après avis de leurs conseils d'administration et du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales.

Le financement de cette action sociale est assuré par l'affectation d'un pourcentage, fixé par arrêté interministériel, des ressources de chaque caisse, telles qu'elles sont mentionnées à l'article L. 241-6.

Article L752-8

Les caisses d'allocations familiales doivent, en outre, contribuer à la prise en charge des frais de restauration scolaire.

Le financement de cette action sociale spécifique est assuré par l'affectation d'une fraction des ressources des caisses, telles qu'elles sont mentionnées à l'article L. 241-6, dont le montant global est fixé annuellement pour chaque caisse par arrêté interministériel.

Les régimes autres que le régime général contribuent au financement de l'action sociale spécifique, en fonction des dépenses engagées pour leurs bénéficiaires, dans des conditions fixées par arrêté interministériel.

Article L752-9

Chaque caisse d'allocations familiales des départements d'outre-mer est administrée par un conseil d'administration de vingt-six membres comprenant :

1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Huit représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :

- cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

- trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou organisations professionnelles des travailleurs indépendants représentatives sur le plan national ;

3° Trois représentants des exploitants agricoles désignés par les organisations professionnelles nationales représentatives ;

4° Trois représentants des associations familiales désignés par l'union départementale des associations familiales territorialement compétente ;

5° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'allocations familiales et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

Section 4 : Contentieux

Sous-section 1 : Contentieux général - Contentieux technique.

Article L752-10

Les différends nés, dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, de l'application des législations et réglementations relatives aux prestations familiales en vigueur dans ces départements relèvent du contentieux général de la sécurité sociale, tel qu'il est déterminé par les articles L. 142-1 à L. 142-3 et les textes pris pour leur application.

Article L752-11

Les dispositions des chapitres 2 à 4 du titre IV du livre I relatives en matière de contentieux général et technique tant aux caisses primaires d'assurance maladie qu'aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et aux caisses d'allocations familiales sont applicables aux caisses générales de sécurité sociale et aux caisses d'allocations familiales des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article L752-12

Les dispositions des articles L. 752-10 et L. 752-11 sont, nonobstant les dispositions de l'article L. 142-3 et du dernier alinéa de l'article L. 143-1, applicables aux différends nés à l'occasion des accidents du travail survenus et des maladies professionnelles contractées dans l'exercice des professions agricoles.

Section 5 : Dispositions diverses.

Article L752-13

Les dispositions des articles L. 151-1, L. 153-1, L. 231-5, L. 273-1, L. 281-1 et L. 281-3 sont applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article L752-14

Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 752-6 et L. 752-9.

Chapitre 3 : Assurances sociales.

Article L753-1

Un décret en Conseil d'Etat fixe avec effet du 1er janvier 1957 les conditions d'application et d'adaptation du décret n° 55-568 du 20 mai 1955 aux assurés des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Section 1 : Assurance maladie, maternité, invalidité-décès

Sous-section 2 : Soins.

Article L753-2

En cas de besoin constaté pour une région déterminée et plus spécialement lorsqu'un personnel médical ne pourra assurer, d'une façon satisfaisante, les soins à la population, des centres de médecine collective peuvent être créés, soit par une collectivité publique ou privée, soit par la caisse générale de sécurité sociale, après avis du syndicat des médecins du département et jusqu'à ce que les conditions normales d'exercice de la médecine soient réalisées dans la région intéressée.

Un décret détermine les conditions dans lesquelles sont créés ou habilités ces centres, ainsi que leurs modalités de fonctionnement administratif et financier.

Article L753-3

Les frais pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, ainsi que d'acquisition et de

renouvellement des appareils, sont remboursés par les caisses dans les conditions prévues aux articles L. 162-14, au troisième alinéa de l'article L. 162-17 et à l'article L. 314-1.

Un arrêté interministériel peut déroger aux tarifs limites prévus auxdits articles.

Article L753-4

Les médicaments remboursables par les organismes de sécurité sociale sont ceux mentionnés à l'article L. 162-17 et à l'article L. 162-22-7.

Les produits et prestations remboursables par les organismes de sécurité sociale sont ceux mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7.

La liste établie dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 162-17 est complétée pour tenir compte des nécessités particulières aux départements intéressés, notamment dans le domaine de la prophylaxie et de la thérapeutique palustres.

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et de l'outre-mer peut déterminer des majorations applicables :

1° Aux prix ou aux marges, fixés en application de l'article L. 162-16-4 ou de l'article L. 162-38, ou aux tarifs forfaitaires de responsabilité, prévus à l'article L. 162-16, des médicaments remboursables mentionnés aux premier et quatrième alinéas de l'article L. 162-17 ;

2° Aux prix de cession fixés en application de l'article L. 162-16-5 pour les médicaments mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 ;

3° Aux tarifs de responsabilité fixés en application de l'article L. 162-16-6 pour les médicaments figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 ;

4° Aux tarifs de responsabilité et, le cas échéant, aux prix des produits et prestations mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7.

Ces majorations prennent en compte les frais particuliers qui, dans chaque département d'outre-mer, grèvent le coût de ces médicaments par rapport à leur coût en métropole.

Sous-section 6 : Détenus.

Article L753-5

Les aménagements nécessaires pour l'application des dispositions relatives à la situation des détenus

et de leur famille au regard des assurances maladie et maternité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Section 2 : Assurance vieillesse

Sous-section 2 : Personnes qui ont la charge d'un enfant handicapé ou d'un handicapé adulte.

Article L753-6

Les personnes résidant dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, qui ont la charge d'un enfant handicapé ou d'un handicapé adulte dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 381-1, sont affiliées obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, pour autant que cette affiliation ne soit pas acquise à un autre titre et que leurs ressources ou celles du ménage ne dépassent pas le plafond du complément familial applicable dans les départements mentionnés ci-dessus.

Sous-section 3 : Détenus.

Article L753-7

Les aménagements nécessaires pour l'application des dispositions relatives à la situation des détenus au regard des assurances vieillesse dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Section 3 : Dispositions diverses

Sous-section 1 : Invalides de guerre.

Article L753-8

Les bénéficiaires de la section 5 du chapitre 1er du titre VIII du livre III sont affiliés s'ils résident dans l'un des départements mentionnés à l'article L. 751-1, à la caisse générale de sécurité sociale de ce département dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Sous-section 2 : Fonctionnaires de l'Etat.

Article L753-9

Le bénéfice du régime de sécurité sociale mentionné au chapitre 2 du titre Ier du livre VII est applicable aux fonctionnaires de l'Etat servant dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Des décrets déterminent les conditions dans lesquelles les agents de l'Etat non titulaires bénéficient de ce régime.

Chapitre 4 : Accidents du travail

Section 1 : Accidents survenus et maladies professionnelles constatées depuis le 1er janvier 1952.

Article L754-1

Dans le cas où les conditions locales de communication ou de transmission ne permettraient pas de respecter les délais fixés en application des articles L. 441-1 à L. 441-6, L. 442-3, L. 442-4 et L. 461-5, il peut y être dérogé dans les limites qui sont fixées pour chaque département ou circonscription locale par arrêtés interministériels.

Article L754-2

A titre transitoire et à défaut d'agent assermenté agréé, la caisse générale de sécurité sociale peut faire procéder à l'enquête par un fonctionnaire désigné par le préfet avec l'accord du directeur régional ou départemental de la sécurité sociale.

Article L754-3

En cas d'accident suivi de mort, survenu dans les limites de sa circonscription et dans les conditions prévues par l'article L. 435-2, la caisse générale de sécurité sociale supporte les frais de transport du corps de la victime au lieu de sépulture demandé par la famille et situé dans ladite circonscription.

Pour l'application du présent article, les caisses générales de la Martinique et de la Guadeloupe sont considérées comme ayant une circonscription commune.

Section 2 : Accidents survenus et maladies professionnelles constatées avant le 1er janvier 1952.

Article L754-4

Pour l'application des articles L. 413-2 et L. 413-5 aux professions agricoles et non-agricoles dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, la date du 1er janvier 1947 est remplacée par celle du 1er janvier 1952.

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

Section 3 : Dispositions concernant certaines catégories.

Article L754-5

Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 811-2 du code du travail, qui assurent la formation pratique d'un apprenti, d'un jeune âgé de dix-huit à trente ans en contrat d'accès à l'emploi, d'un salarié en contrat d'adaptation, d'un salarié en contrat d'orientation ou d'un salarié en contrat de qualification dans l'entreprise bénéficiant, pendant l'exercice de leur mission, des dispositions du livre IV, selon des modalités d'application qui seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Section 1 : Généralités.

Article L755-1

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, le financement, les conditions d'attribution et le montant des prestations familiales sont fixés par les dispositions du présent chapitre.

Article L755-2

Les dépenses incombant aux caisses d'allocations familiales sont couvertes par une cotisation des employeurs. Cette cotisation est assise sur les salaires dans les conditions déterminées par un arrêté interministériel. Les modalités de recouvrement de la cotisation sont déterminées dans les mêmes formes.

Les dispositions de l'article L. 241-6-1 sont applicables à cette cotisation.

Article L755-2-1

Les prestations familiales prévues aux articles L. 755-11 à L. 755-22 et les cotisations prévues au 2° de l'article L. 241-6 et à l'article L. 242-11 sont étendues aux employeurs et travailleurs indépendants. Le versement des prestations est subordonné au paiement préalable par ces catégories des cotisations correspondantes.

Article L755-3

Les dispositions des articles L. 512-1 à L. 512-4, L. 513-1, L. 521-2, L. 552-1, L. 553-1, L. 553-2, L. 553-4 et L. 583-3 sont applicables aux départements mentionnés à l'article L. 751-1.

La base de calcul des prestations familiales est la même que celle qui est fixée en application de l'article L. 551-1.

Article L755-4

Dans le cadre de la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial prévue à l'article 375-9-1 du code civil, le juge peut décider qu'une personne qualifiée, dite "délégué aux prestations familiales", perçoit tout ou partie des prestations familiales dues au bénéficiaire de la mesure.

Le présent article n'est pas applicable à la prime forfaitaire prévue au II de l'article L. 524-5.

La charge des frais de la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial incombe à l'organisme débiteur de la prestation due à la famille et perçue par le délégué. Si plusieurs prestations sociales sont perçues par le délégué, la charge incombe à l'organisme versant la prestation au montant le plus élevé.

Article L755-9

Le bénéfice des dispositions instituant un régime de prestations familiales dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 et dans les territoires ou collectivités relevant du ministre chargé des départements et territoires d'outre-mer, est étendu aux salariés qui travaillent en France métropolitaine dans les professions mentionnées par ce régime et dont les enfants résident dans ces départements ou dans ces territoires. La charge [*financière*] des prestations ainsi attribuées est supportée par les organismes métropolitains.

Article L755-10

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, la charge et le service des prestations familiales dues aux personnels de l'Etat et des collectivités locales continuent à être assumés dans les conditions en vigueur à la date du 22 août 1967.

Le taux des prestations familiales pour les fonctionnaires est le même que celui en vigueur dans la métropole.

Les dispositions des articles L. 513-1 et L. 521-1 sont applicables aux personnels mentionnés au présent article.

Article L755-10-1

Nonobstant les dispositions de l'article L. 755-10, l'allocation de logement familiale mentionnée à l'article L. 755-21 ainsi que la prestation d'accueil du jeune enfant visée à l'article L. 531-1 sont versées par les caisses d'allocations familiales aux personnels de l'Etat, des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière dans les conditions prévues au présent livre.

Section 2 : Allocations familiales.

Article L755-11

Les conditions d'attribution des allocations familiales et de leurs majorations fixées par les articles L. 521-1 et L. 521-3 sont applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Toutefois, les dispositions de l'article L. 755-12 restent en vigueur aussi longtemps que le présent chapitre V est applicable.

Article L755-12

Les allocations familiales sont dues, pour tout enfant, à la personne qui a effectivement la charge de celui-ci.

Article L755-15

Les dispositions du chapitre 4 du livre Ier du code du travail ancien sont applicables aux communes et aux établissements publics départementaux et communaux pour la totalité du personnel qu'ils emploient. Elles ne sont pas applicables aux départements, aux communes, aux établissements publics départementaux et communaux dans lesquels des régimes particuliers d'allocations familiales ont été institués.

Section 3 : Complément familial.

Article L755-16

Le complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources n'excèdent pas un plafond variable selon le nombre d'enfants à charge et qui a un ou plusieurs enfants à charge, à la condition que chacun d'entre eux ait un âge supérieur à l'âge limite prévu au premier alinéa de l'article L. 531-1 et qu'au moins l'un d'entre eux ait un âge inférieur à un âge limite et que le plus jeune des enfants n'ait pas atteint un âge déterminé.

Le plafond de ressources est identique à celui retenu pour l'attribution de l'allocation de rentrée scolaire.

Section 4 : Allocation de soutien familial.

Article L755-17

L'allocation de soutien familial est attribuée dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 dans les conditions fixées par décret.

Section 5 : Allocation de parent isolé.

Section 6 : Prestation d'accueil du jeune enfant

Article L755-19

La prestation d'accueil du jeune enfant est attribuée dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 dans les conditions définies au titre III du livre V du présent code.

L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant n'est pas cumulable avec les allocations familiales et leurs majorations pour âge servies au titre d'un seul enfant à charge.

L'allocation de base et le complément de libre choix d'activité de cette prestation ne sont pas cumulables avec le complément familial défini à l'article L. 755-16.

Section 7 : Allocation d'éducation spéciale.

Article L755-20

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est attribuée dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, dans des conditions fixées par décret.

Section 8 : Allocation de logement familiale. # Primes de déménagement. # Prêts à l'amélioration de l'habitat # Prêts à l'amélioration du lieu d'accueil.

Article L755-21

L'allocation de logement est attribuée dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 aux personnes comprises dans le champ d'application des 3°, 4° et 5° de l'article L. 542-1, de l'article 1142-12 du code rural et aux personnes qui ont au moins un enfant à charge au sens de l'article L. 512-3.

Un décret fixe l'âge limite pour l'ouverture du droit à cette allocation pour tout enfant dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2° de l'article L. 512-3 à condition qu'il poursuive des études, ou qu'il soit placé en apprentissage ou en stage de formation professionnelle au sens du livre IX du code du travail, ou qu'il se trouve, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité constatée de se livrer à une activité professionnelle.

Les articles L. 542-2, L. 542-5, L. 542-5-1, L. 542-6, L. 542-7 et L. 542-8 sont applicables dans ces départements, dans les conditions fixées par un décret qui détermine les adaptations nécessaires.

Article L755-21-1

Les prêts à l'amélioration de l'habitat ainsi que les prêts à l'amélioration du lieu d'accueil sont applicables aux départements mentionnés à l'article L. 751-1 dans les conditions définies aux 1° et 2° de l'article L. 542-9.

Section 9 : Allocation de rentrée scolaire.

Article L755-22

L'allocation de rentrée scolaire est attribuée dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Section 12 : Dispositions concernant certaines catégories.

Article L755-29

Les marins pêcheurs non-salariés dont la famille réside dans l'un des départements mentionnés à l'article L. 751-1 et qui pratiquent la pêche maritime artisanale dans des conditions conformes aux dispositions applicables à la profession, ainsi que les marins embarqués au cabotage et à la navigation côtière, sont obligatoirement affiliés à la caisse d'allocations familiales du département dans lequel ils sont domiciliés.

Un décret fixe les modalités d'affiliation des intéressés.

Article L755-30

La cotisation due par les marins pêcheurs ou par les armateurs ou patrons est assise sur le salaire forfaitaire pris en compte pour le calcul de la contribution de la catégorie intéressée aux caisses de l'établissement national des invalides de la marine.

Un arrêté interministériel fixe, en fonction du revenu professionnel défini à l'alinéa précédent, le montant des cotisations.

La cotisation à la charge des marins pêcheurs non-salariés est exigible du fait que l'intéressé exerce son activité dans les conditions fixées à l'article L. 755-29, même s'il n'a pas la qualité d'allocataire.

La cotisation pour les inscrits maritimes embarqués au cabotage ou à la navigation côtière est à la charge des armateurs ou patrons.

Section 14 : Allocation journalière de présence parentale

Article L755-33

L'allocation journalière de présence parentale est attribuée dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Chapitre 6 : Régimes des travailleurs non salariés non agricoles

Section 2 : Assurance vieillesse

Sous-section 1 : Dispositions communes à l'ensemble des régimes d'assurance vieillesse.

Article L756-1

Des décrets déterminent les modalités d'application, dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, des titres II, III et IV du livre VI, en fixant, notamment, les conditions de validation des périodes d'activité professionnelle accomplies par les travailleurs non-salariés des départements d'outre-mer, antérieurement à la mise en application dans lesdits départements des régimes d'assurance vieillesse prévus par les dispositions des titres susmentionnés, compte tenu des droits acquis durant la période d'application de l'article 73 de la loi de finances pour 1963 (2ème partie - moyens des services et dispositions spéciales) n° 63-156 du 23 février 1963.

Ces décrets fixent les conditions dans lesquelles, sur demande individuelle, les organismes chargés de la gestion de l'assurance vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles peuvent accorder, compte tenu des ressources de l'intéressé et le cas échéant de son conjoint, une réduction ou une exonération des cotisations au régime de base et aux régimes complémentaires d'assurance vieillesse, en faveur des personnes qui, à titre individuel ou collectif, ont adhéré volontairement avant le 1er avril 1968 à des contrats en vue de la constitution de retraite. Les droits des intéressés sont réduits en conséquence.

Sous-section 2 : Dispositions applicables aux professions artisanales, industrielles et commerciales.

Article L756-2

Pour les personnes commençant à exercer dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non-salariée les assujettissant soit au régime d'assurance vieillesse des professions artisanales, soit au régime d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales, aucune cotisation n'est due au titre de l'année ou de la fraction d'année de début d'exercice *exonération*.

Article L756-3

Les personnes exerçant dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non-salariée artisanale, industrielle ou commerciale, sont exonérées du versement de toute cotisation lorsque leur revenu professionnel ne dépasse pas un certain montant fixé par décret.

Section 3 : Cotisations et contributions des employeurs et travailleurs indépendants

Article L756-4

Par dérogation aux articles L. 242-11, des premier et dernier alinéas de l'article L. 612-4 et du premier alinéa de l'article L. 633-10, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des employeurs et travailleurs indépendants exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 sont calculées, pour la partie des revenus inférieurs au plafond de la sécurité sociale, sur une assiette égale à la moitié des revenus concernés, sous réserve des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 242-11 et de celles de l'article L. 756-3. Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 242-11 sont également applicables aux cotisations d'assurance maladie par dérogation à l'article L. 612-4.

Article L756-5

Par dérogation aux dispositions des trois premiers alinéas de l'article L. 131-6-2, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, sont calculées, à titre définitif, sur la base du revenu d'activité de l'avant-dernière année ou, le cas échéant, de revenus forfaitaires.

Par dérogation aux dispositions du dernier alinéa de l'article L. 131-6, la personne débutant

l'exercice d'une activité indépendante non agricole est exonérée des cotisations et contributions, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, pour une période de vingt-quatre mois à compter de la date de la création de l'activité.

Chapitre 7 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés

Section 1 : Allocations aux personnes âgées

Sous-section 1 : Allocations aux vieux travailleurs salariés.

Article L757-1

La condition d'âge exigée pour l'attribution des allocations forfaitaires prévues au chapitre 1er du titre I du livre VIII est applicable, dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, selon des conditions fixées par décret.

L'article L. 811-14 est applicable dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Section 2 : Allocation aux adultes handicapés.

Article L757-3

Des dispositions réglementaires déterminent, le cas échéant, les adaptations nécessaires à la mise en oeuvre, dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, des modalités d'application du titre II du livre VIII. Sauf dispositions contraires, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre 8 : Dispositions diverses.

Article L758-1

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, le tarif de la cotisation sur les boissons alcooliques, prévu à l'article L. 245-9 est fixé à 0,04 euro par décilitre ou fraction de décilitre, pour les rhums, tafias et spiritueux composés à base d'alcool de cru produits et consommés sur place.

Article L758-2

Des décrets d'application adapteront, en tant que de besoin, aux départements mentionnés à l'article L. 751-1, les dispositions des articles L. 161-14, L. 711-5, L. 741-1 à L. 741-5 et L. 741-9 à L. 741-13.

Article L758-3

Un décret détermine les conditions dans lesquelles les ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un autre régime de sécurité sociale et qui résident dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 et à Mayotte bénéficient des dispositions relatives à l'assurance maladie-maternité, prévues à la section 4 du chapitre 1er du titre VIII du livre III, et des régimes d'assurance vieillesse et invalidité prévus au chapitre 1er du titre II du livre VII.

Article L758-4

Les compétences dévolues par le code de la sécurité sociale aux agences régionales de santé sont exercées à Saint-Pierre-et-Miquelon par l'administration territoriale de santé et les compétences dévolues au directeur général de l'agence régionale de santé sont exercées par le représentant de l'Etat mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 1441-1 du code de la santé publique.

Pour l'application des dispositions du présent code relatives aux agences régionales de la santé en Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, la référence à l'agence de santé de la Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin se substitue à la référence à l'agence régionale de santé.

Pour l'application des dispositions du présent code relatives aux agences régionales de la santé à La Réunion et à Mayotte, la référence à l'agence de l'océan Indien se substitue à la référence à l'agence régionale de santé.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 1er : Travailleurs salariés détachés à l'étranger

Section 1 : Dispositions générales.

Article L761-1

Les travailleurs détachés temporairement à l'étranger par leur employeur pour y exercer une activité salariée ou assimilée qui demeurent soumis à la législation française de sécurité sociale en vertu de conventions ou de règlements internationaux, sont réputés, pour l'application de cette législation, avoir leur résidence et leur lieu de travail en France.

Article L761-2

S'ils ne sont pas ou ne sont plus concernés par l'article L. 761-1, les travailleurs détachés temporairement à l'étranger par leur employeur pour y exercer une activité salariée ou assimilée, rémunérée par cet employeur, sont soumis à la législation française de sécurité sociale à la condition que l'employeur s'engage à s'acquitter de l'intégralité des cotisations dues.

La durée maximale pendant laquelle les travailleurs mentionnés au premier alinéa peuvent être soumis à la législation française de sécurité sociale est fixée par décret en Conseil d'Etat.

Pour l'application de cette législation, ils sont réputés avoir leur résidence et leur lieu de travail en France.

Section 2 : Personnels français non titulaires en service dans les administrations, services et établissements de l'Etat à l'étranger.

Article L761-3

Les personnels français non titulaires en service dans les administrations, services et établissements de l'Etat à l'étranger, rémunérés soit sur le budget général de l'Etat français, soit sur le budget d'une administration, d'un service ou d'un établissement français figurant sur une liste fixée par arrêté interministériel bénéficient, s'ils ont été recrutés en France et sont admis à la gratuité du voyage à l'occasion de leurs congés, de l'ensemble des dispositions du livre III, dans des conditions fixées par décret.

Article L761-4

Les dispositions du livre III [*relatives au régime général*] s'appliquent dans les mêmes conditions aux agents français non titulaires des administrations, services et établissements de l'Etat français, rémunérés soit sur le budget général de l'Etat français, soit sur le budget d'une administration, d'un service ou d'un établissement français figurant sur une liste fixée par arrêté interministériel, à l'occasion des missions effectuées à l'étranger par ces agents.

Section 3 : Travailleurs assujettis à un régime spécial de sécurité sociale.

Article L761-5

Des décrets en Conseil d'Etat fixent les conditions dans lesquelles peuvent être maintenus au profit soit des travailleurs assujettis à un régime spécial de sécurité sociale avant leur départ en service ou en mission à l'étranger, soit des personnels titulaires d'un contrat de coopération, l'affiliation, pour une ou plusieurs branches d'assurances, à leur régime propre et le droit aux prestations. Ils peuvent adapter le taux ainsi que l'assiette des cotisations et des prestations aux modalités particulières de rémunération et d'emploi des intéressés, sous réserve de l'application des articles L. 712-1 et L. 713-3 pour les fonctionnaires détachés ou en activité à l'étranger.

Section 4 : Personnel civil de coopération culturelle, scientifique et technique auprès d'Etats étrangers.

Article L761-6

En matière de sécurité sociale, les personnels mentionnés par l'article 2 de la loi n° 72-659 du 13 juillet 1972, autres que les fonctionnaires titulaires de l'Etat, les fonctionnaires des assemblées parlementaires et les magistrats de l'ordre judiciaire qui demeurent soumis aux dispositions qui leur sont propres, bénéficient des dispositions suivantes sous réserve de l'application des conventions internationales.

En ce qui concerne la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, ils sont régis par les dispositions du livre IV du présent code dans les mêmes conditions que les agents non titulaires de l'Etat.

Pour la couverture des risques maladie, vieillesse, invalidité et décès ainsi que des charges de maternité, ceux qui sont déjà tributaires d'un régime de sécurité sociale conservent le bénéfice de ce régime. Les autres sont affiliés au régime général de sécurité sociale.

Les personnels qui ne relèvent pas d'un autre régime complémentaire de retraites bénéficient du régime complémentaire de retraites prévu pour les agents non titulaires de l'Etat dans les conditions fixées pour ces derniers.

Un décret détermine la rémunération servant à l'assiette particulière des cotisations et au calcul des indemnités, rentes et pensions.

Les obligations de l'employeur, y compris le cas échéant celles qui sont relatives à un régime complémentaire de retraite, sont assumées à l'égard des agents mentionnés à l'article 2 de la loi n° 72-659 du 13 juillet 1972 par l'Etat français.

Les avantages prévus au présent article sont accordés aux intéressés sous déduction des avantages de même nature accordés par l'Etat ou l'organisme auprès duquel ils accomplissent leur mission de coopération.

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

Section 5 : Prestations

Article L761-7

Sous réserve des dispositions des règlements européens et des conventions bilatérales concernant les travailleurs mentionnés à l'article 761-1, les soins dispensés à l'étranger aux bénéficiaires du présent chapitre ouvrent droit à des prestations servies sur la base des dépenses réellement exposées, dans la limite des prestations qui auraient été servies pour des soins analogues reçus en France. Des tarifs de responsabilité particuliers peuvent être fixés par arrêté ministériel.

Ne sont pas applicables les dispositions des chapitres II à V du titre VI du livre Ier, les dispositions relatives aux transports sanitaires du livre III ainsi que celles figurant au chapitre II du titre III du livre IV.

Les autorités consulaires françaises communiquent à la caisse compétente toutes informations nécessaires à l'exercice de son contrôle.

Section 6 : Dispositions d'application

Article L761-8

Sauf disposition contraire, les mesures nécessaires à l'application du présent chapitre sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre 2 : Travailleurs salariés expatriés

Section 1 : Généralités.

Article L762-1

Les travailleurs salariés ou assimilés de nationalité française qui exercent leur activité dans un pays étranger et qui ne sont pas ou ne sont plus soumis à la législation française de sécurité sociale en vertu d'une convention internationale ou de l'article L. 761-2 ont la faculté de s'assurer volontairement contre :

- 1°) les risques de maladie et d'invalidité et les charges de la maternité ;
- 2°) les risques d'accidents du travail et de maladie professionnelle.

Le travailleur peut adhérer, au choix, soit à l'une ou l'autre de ces assurances, soit aux deux.

Il peut aussi adhérer à l'assurance volontaire contre le risque vieillesse prévue à l'article L. 742-1.

Les entreprises de droit français peuvent, pour le compte des travailleurs salariés français et des collaborateurs assimilés dans des conditions fixées par décret qu'elles emploient à l'étranger, effectuer les formalités nécessaires à l'adhésion de ces personnes aux assurances volontaires mentionnées aux alinéas précédents ou à certaines d'entre elles. Elles doivent effectuer ces formalités lorsque les salariés le demandent.

Les services déconcentrés de l'Etat installés à l'étranger, ainsi que les établissements d'enseignement, de recherche, culturels, sanitaires à l'étranger subventionnés par le budget de l'Etat doivent, à la demande et pour le compte des travailleurs français qu'ils emploient localement, effectuer les formalités nécessaires à l'adhésion de ces personnes aux assurances volontaires mentionnées aux alinéas précédents ou à certaines d'entre elles.

Article L762-2

Les pensions d'invalidité et les prestations en espèces de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles sont calculées sur la base du salaire retenu pour l'assiette des cotisations et dans les limites fixées aux articles L. 434-16 pour le calcul de la rente et L. 433-2 pour le calcul de l'indemnité journalière.

Article L762-3

La couverture des charges résultant de l'application du présent chapitre est assurée par des cotisations calculées :

1°) pour ce qui concerne l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité, sur la base d'une assiette forfaitaire. Les assurés volontaires sont répartis dans les conditions fixées par décret, en fonction de leurs rémunérations professionnelles en trois catégories, fixées par référence au plafond des cotisations de sécurité sociale et dans la limite de celui-ci ;

2°) pour ce qui concerne l'assurance volontaire accident du travail, sur la base d'un niveau de salaire choisi par l'intéressé entre un minimum et un maximum dans les conditions fixées par décret.

Ces cotisations sont à la charge du travailleur. Elles peuvent également être prises en charge, en tout ou en partie, pour le compte du travailleur, par son employeur.

Le taux desdites cotisations est fixé par décret ; il est révisé si l'équilibre financier de chacune des assurances volontaires l'exige.

Lorsqu'il accepte cette prise en charge et qu'il effectue les formalités nécessaires à l'adhésion de ses travailleurs aux assurances volontaires ou à certaines d'entre elles, l'employeur doit informer expressément la caisse des Français de l'étranger de sa volonté de se substituer aux salariés pour le paiement de tout ou partie des cotisations. Le taux des cotisations mentionnées au 1° du présent article est arrêté par l'autorité compétente de l'Etat, après avis de la caisse des Français de l'étranger, selon des modalités fixées par décret qui tiennent compte des réductions de dépenses liées aux adhésions présentées par les entreprises pour le compte de leurs travailleurs.

La part de cotisation prise en charge par l'employeur ne peut dans tous les cas être inférieure à une fraction, fixée par décret, du montant total de la cotisation.

La Caisse des Français de l'étranger peut accorder, selon des modalités fixées par décret, des ristournes sur le taux des cotisations mentionnées au 2°, tenant compte des accidents du travail reconnus dont ont été victimes les salariés d'entreprises mandataires d'un nombre minimum d'adhérents, dans la mesure où l'équilibre financier du risque est respecté.

Article L762-4

La caisse des Français de l'étranger peut offrir aux travailleurs salariés ou assimilés adhérant aux assurances instituées au présent chapitre, ou à leurs employeurs agissant pour leur compte, des prestations supplémentaires et notamment les prestations en espèces définies au 4° de l'article L. 321-1 du présent code.

La couverture de ces charges est intégralement assurée par des cotisations supplémentaires. Les contrats fixent, pour des prestations identiques, des assiettes et des taux de cotisations identiques.

Un décret fixe la nature des prestations supplémentaires qui peuvent être instituées ainsi que les modalités selon lesquelles sont déterminés les taux et les assiettes des cotisations.

Section 2 : Assurances maladie, maternité, invalidité

Sous-section 4 : Prestations d'assurance maladie et maternité.

Article L762-6

L'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité comporte, en ce qui concerne la maladie et la maternité, l'octroi au travailleur lui-même et à ses ayants droit des prestations en nature prévues au 1° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-2.

Pour la participation de l'assuré expatrié aux dépenses d'assurance maladie, il est fait application de l'article L. 322-2 [*ticket modérateur*] sous réserve des modalités particulières prévues par voie réglementaire.

Sous-section 5 : Pensions d'invalidité et pensions de vieillesse substituées.

Article L762-7

L'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité comporte, en ce qui concerne l'invalidité, l'octroi des prestations prévues au titre IV du livre III.

Toutefois, la pension de vieillesse substituée à la pension d'invalidité prévue par l'article L. 341-15 ne peut être liquidée au profit du titulaire d'une pension d'invalidité accordée au titre de cette

assurance volontaire que sous des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

De même, la pension de vieillesse de veuve ou de veuf substituée à la pension d'invalidité de veuve ou de veuf prévue par l'article L. 342-6 ne peut être liquidée au profit du conjoint survivant du bénéficiaire de cette assurance volontaire que dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Le titulaire d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité prévue au présent chapitre bénéficie des prestations en nature prévue par l'article L. 313-4.

Lorsque les pensions de substitution prévues aux deuxième et troisième alinéas du présent article ne peuvent être liquidées, la pension d'invalidité ou la pension de veuve ou de veuf invalide est remplacée par une allocation calculée sur la base de cette pension au prorata de la durée de cotisation à l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité et de perception de la pension d'invalidité sur la durée limite d'assurance prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1. Cette allocation, dont le montant ne peut être inférieur à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, est servie sans possibilité de cumul avec un éventuel avantage de base au titre d'un régime français d'assurance vieillesse.

Section 3 : Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Article L762-8

La demande d'adhésion à l'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles peut être formulée à tout moment.

L'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles donne droit à l'ensemble des prestations prévues par le livre IV.

Chapitre 3 : Travailleurs non-salariés expatriés.

Article L763-1

Les travailleurs non salariés de nationalité française qui exercent une activité artisanale, industrielle, commerciale, libérale ou agricole dans un pays étranger, ont la faculté de s'assurer volontairement contre les risques de maladie et les charges de la maternité.

Ils conservent, en outre, la faculté d'adhérer à titre volontaire aux assurances contre les risques vieillesse, invalidité et décès prévues aux articles L. 635-1, L. 635-5 et L. 644-2 et au 1° de l'article L. 742-6.

Article L763-3

L'assurance volontaire maladie-maternité comporte l'octroi au travailleur non salarié lui-même et à ses ayants droit des mêmes prestations que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 762-6.

Pour la participation de l'assuré non salarié expatrié aux dépenses d'assurance maladie, il est fait application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 762-6.

Article L763-4

La couverture des charges résultant de l'application du présent chapitre est assurée par une cotisation calculée sur la base d'une assiette forfaitaire.

Les assurés volontaires sont répartis, dans des conditions fixées par décret, en fonction de la totalité de leurs ressources dont leurs revenus professionnels, en trois catégories fixées par référence au plafond des cotisations de sécurité sociale et dans la limite de celui-ci.

La cotisation est à la charge [*financière*] du travailleur ; le taux en est fixé par décret et il est révisé chaque fois que l'exige l'équilibre financier du système constitué par l'assurance volontaire maladie, maternité, invalidité mentionnée au chapitre 2 et par les assurances volontaires maladie, maternité mentionnées au présent chapitre et aux chapitres 4 et 5 du présent titre.

Chapitre 4 : Pensionnés des régimes français de retraite résidant à l'étranger.

Article L764-1

Les personnes de nationalité française, titulaires d'un avantage de retraite alloué au titre d'un régime français d'assurance vieillesse obligatoire ou volontaire, justifiant d'une durée déterminée d'assurance minimum audit régime, et qui, n'exerçant aucune activité professionnelle, résident dans un pays étranger, ont la faculté de s'assurer volontairement contre les risques de maladie et les charges de la maternité.

Article L764-3

L'assurance volontaire maladie-maternité, instituée par le présent chapitre, comporte l'octroi à ses adhérents ainsi qu'à leurs ayants droit des mêmes prestations que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 762-6.

Pour la participation des intéressés aux dépenses d'assurance maladie, il est fait application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 762-6.

Article L764-4

La couverture des charges résultant de l'application du présent chapitre est assurée par une cotisation due par les intéressés et assise sur les avantages de retraite mentionnés aux articles L. 241-2, L. 615-1 et L. 711-2, au chapitre 2 du titre VIII du livre III du présent code, à la section 2 du chapitre 1er du titre II du livre VII du même code, ainsi qu'au code rural et de la pêche maritime.

Cette cotisation est précomptée lors de chaque versement par l'organisme débiteur des avantages de retraite dans les conditions fixées par décret.

Les dispositions des sections 2 à 5 du chapitre 3 du titre IV du livre II du présent code, les dispositions du chapitre 4 du même titre, s'appliquent au recouvrement des cotisations sous réserve d'adaptations fixées par décret en Conseil d'Etat.

Le taux de la cotisation est fixé par décret et il peut être révisé lorsque l'exige l'équilibre financier du système constitué par l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité mentionnée au chapitre 2 et par les assurances volontaires maladie, maternité mentionnées au présent chapitre et aux chapitres 3 et 5.

Article L764-5

Au cas où la cotisation prévue à l'article L. 764-4, calculée sur les avantages de retraite mentionnés au premier alinéa de cet article, n'atteint pas un montant minimum fixé par décret, le précompte de cette cotisation par les organismes débiteurs des avantages de retraite n'est pas applicable ou est suspendu.

Une cotisation forfaitaire égale à ce montant minimum est alors exigible. Elle est recouvrée par la Caisse des Français de l'étranger dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Le montant de la cotisation forfaitaire peut être révisé lorsque l'exige l'équilibre financier du système constitué par l'assurance volontaire maladie, maternité, invalidité, mentionnée au chapitre II du présent titre et par les assurances volontaires maladie, maternité, mentionnées au présent chapitre et aux chapitres III et V du présent titre.

Chapitre 5 : Catégories diverses d'assurés volontaires.

Article L765-1

Les Français titulaires d'un revenu de remplacement ou d'une allocation servis en application des dispositions du 2° de l'article L. 322-4 du code du travail, de l'article 15 de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982 relative aux contrats de solidarité des collectivités locales, de l'article 6 de l'ordonnance n° 82-297 du 31 mars 1982 portant modification de certaines dispositions du code des pensions civiles et militaires de retraite et relative à la cessation d'activité des fonctionnaires et des agents de l'Etat et des établissements publics de l'Etat à caractère administratif, et de l'article 2 de la loi n° 83-580 du 5 juillet 1983 modifiant certaines dispositions du code du travail relatives aux garanties de ressources des travailleurs privés d'emploi, qui, n'exerçant aucune activité professionnelle, résident dans un pays étranger, ont la faculté de s'assurer volontairement contre les risques de maladie et les charges de la maternité.

Article L765-2

Les Français n'exerçant aucune activité professionnelle qui sont soit en situation de chômage, soit titulaires d'une rente d'accident du travail ou d'une pension d'invalidité allouées au titre d'un régime français obligatoire, soit conjoint survivant ou divorcé ou séparé d'un assuré, et qui résident dans un pays étranger, ont la faculté de s'assurer volontairement contre les risques de maladie et les charges de la maternité.

Les Français n'exerçant aucune activité professionnelle qui sont conjoints ou conjoints survivants, ou divorcés ou séparés d'étrangers ou de Français non assurés, et qui résident dans un pays étranger, ont la faculté de s'assurer volontairement contre les risques de maladie et les charges de la maternité.

Article L765-2-1

Les étudiants français dont l'âge est inférieur à un âge déterminé et qui résident dans un pays étranger ont la faculté de s'assurer volontairement contre les risques de maladie et les charges de maternité.

La couverture des charges résultant de l'application de l'alinéa précédent est assurée par des cotisations forfaitaires à la charge des assurés volontaires dont le montant est fixé par voie réglementaire.

Article L765-3

Les personnes de nationalité française résidant à l'étranger et ne pouvant relever d'aucun des régimes d'assurance volontaire mentionnés aux articles L. 762-3, L. 763-1, L. 764-1, L. 765-1, L. 765-2 et L. 765-2-1 peuvent s'assurer volontairement contre les risques de maladie et les charges de la maternité.

Article L765-5

L'assurance volontaire maladie-maternité instituée par le présent chapitre comporte l'octroi à l'assuré lui-même et à ses ayants droit des prestations en nature prévues au 1° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-2.

Pour la participation de l'assuré aux dépenses d'assurance maladie, il est fait application de l'article L. 322-2, suivant des modalités particulières prévues par décret en Conseil d'Etat.

Article L765-6

La couverture des charges résultant de l'application de l'article L. 765-1 est assurée par des cotisations à la charge des assurés volontaires, assises sur les revenus de remplacement ou les allocations perçus par les intéressés et précomptées par les organismes débiteurs de ces avantages.

Par dérogation à l'article L. 131-3, les cotisations précomptées, en application des articles L. 131-2 et L. 243-2, sur les avantages mentionnés à l'alinéa premier du présent article sont dues au régime des expatriés. Elles s'imputent sur les cotisations exigées par ce régime.

Article L765-7

La couverture des charges résultant de l'application de l'article L. 765-2 est assurée par des cotisations à la charge des assurés volontaires calculées sur la base d'une assiette forfaitaire.

Les assurés volontaires sont répartis en trois catégories fixées par référence au plafond des cotisations de sécurité sociale et dans la limite de celui-ci. La répartition dans ces catégories est effectuée en prenant en compte, dans des conditions fixées par décret, si les deux membres du couple ont vocation à être couverts par l'assurance volontaire, la totalité des ressources du ménage ou, si un des membres du couple n'a pas vocation à être couvert par l'assurance volontaire, la moitié des ressources du ménage, le cas échéant majorée dans des conditions fixées par décret en fonction du nombre d'ayants droit de l'assuré.

Article L765-8

La couverture des charges résultant de l'application de l'article L. 765-3 est assurée par des cotisations à la charge des assurés volontaires calculées sur la base d'une assiette forfaitaire.

Les assurés volontaires sont répartis en trois catégories fixées par référence au plafond des

cotisations de sécurité sociale et dans la limite de celui-ci. La répartition dans ces catégories est effectuée en prenant en compte, dans des conditions fixées par décret, si les deux membres du couple ont vocation à être couverts par l'assurance volontaire, la totalité des ressources du ménage ou, si un des membres du couple n'a pas vocation à être couvert par l'assurance volontaire, la moitié des ressources du ménage, le cas échéant majorée dans des conditions fixées par décret en fonction du nombre d'ayants droit de l'assuré.

Article L765-9

Les taux des cotisations mentionnées aux articles L. 765-6 à L. 765-8 sont fixés par décret. Ils sont révisés lorsque l'exige l'équilibre financier du système constitué par l'assurance volontaire maladie, maternité, invalidité mentionnée au chapitre 2 et par les assurances volontaires maladie, maternité mentionnées aux chapitres 3 et 4 et au présent chapitre.

Les dispositions du code de la sécurité sociale mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 764-4 s'appliquent au recouvrement de ces cotisations suivant des modalités particulières prévues par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre 6 : Dispositions communes aux expatriés visés aux chapitres II à V

Section 1 : Dispositions communes relatives à l'adhésion, aux prestations et cotisations

Article L766-1

La demande d'adhésion à l'une des assurances volontaires maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévues par les chapitres II à V du présent titre doit être formulée dans un délai déterminé. Ce délai est calculé, selon le cas :

- soit à compter de la date à laquelle l'intéressé pouvait adhérer à l'une de ces assurances volontaires ;
- soit, pour les personnes qui, résidant dans un pays étranger, deviennent titulaires d'une pension de retraite servie par un régime français d'assurance vieillesse, à la date de liquidation de cette pension ;
- soit, pour les personnes qui, après avoir résidé dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, s'installent dans un pays tiers, à compter de la date à laquelle elles cessent de relever du régime de sécurité sociale de cet Etat.

Toutefois, les demandes présentées après l'expiration de ce délai peuvent être satisfaites compte tenu de l'âge de l'intéressé, ou sous réserve du paiement des cotisations afférentes à la période écoulée depuis cette date dans la limite d'un plafond.

L'adhésion prend effet et le droit aux prestations est ouvert à l'issue de délais fixés en fonction du risque couvert et de l'âge de l'affilié. Ces délais doivent permettre d'assurer, le cas échéant, la continuité de la couverture des risques au regard de la législation française au moment du départ et du retour en France de l'assuré.

Article L766-1-1

Sont considérées comme membres de la famille de l'assuré au titre de l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévue par les chapitres II à V les personnes énumérées ci-après :

1° Le conjoint de l'assuré, la personne qui vit maritalement avec lui ou la personne qui lui est liée par un pacte civil de solidarité, s'il est à la charge effective, totale et permanente de l'assuré, à la condition d'en apporter la preuve et de ne pouvoir bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre ;

2° Jusqu'à un âge limite, les enfants n'exerçant pas d'activité professionnelle, à la charge de l'assuré ou de la personne visée au 1° ;

3° Jusqu'à un âge limite et lorsqu'ils ne peuvent bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre, les enfants placés en apprentissage, les enfants poursuivant des études et les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité professionnelle ;

4° L'ascendant de l'assuré qui vit sous le toit de celui-ci, est à sa charge effective, totale et permanente, et se consacre exclusivement aux soins du ménage et à l'éducation d'enfants de l'assuré, cette dernière condition n'étant remplie que lorsque les parents sont tenus hors du foyer par l'exercice d'une activité professionnelle ou lorsque le foyer ne comporte qu'un seul parent exerçant lui-même une activité professionnelle ; le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret ;

5° Toute autre personne qui avait la qualité d'ayant droit de l'assuré dans le régime obligatoire français dont celui-ci relevait immédiatement avant son adhésion, tant que les conditions qui fondaient cette qualité d'ayant droit restent remplies.

Article L766-1-2

Les soins dispensés à l'étranger aux personnes visées aux chapitres II à V du présent titre ouvrent droit à des prestations servies sur la base des dépenses réellement exposées dans la limite des

prestations qui auraient été servies pour des soins analogues reçus en France. Des tarifs de responsabilité particuliers peuvent être fixés par arrêté ministériel.

Toutefois, lorsque les dépenses exposées sont manifestement excessives au regard du coût moyen de soins analogues dans le pays de résidence, tel qu'établi à partir des demandes de remboursement présentées à la Caisse des Français de l'étranger, celle-ci peut, après avoir sollicité les explications de l'assuré, ajuster les prestations servies sur la base de ce coût moyen, sans que ces prestations puissent excéder celles qui auraient été dues par la caisse en application de l'alinéa précédent.

Ne sont pas applicables les dispositions des chapitres II à V du titre VI du livre Ier, les dispositions relatives aux transports sanitaires du livre III ainsi que celles figurant au chapitre II du titre III du livre IV.

Les autorités consulaires françaises communiquent à la Caisse des Français de l'étranger toutes informations nécessaires à l'exercice de son contrôle.

Article L766-1-3

La Caisse des Français de l'étranger peut procéder à la radiation définitive d'un assuré, après l'avoir mis en demeure de produire ses observations, lorsque cet assuré ou l'un de ses ayants droit s'est rendu coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues.

Article L766-1-4

Lorsque l'importance des dépenses présentées au remboursement le justifie, la Caisse des Français de l'étranger peut faire procéder à l'examen médical de l'assuré par un praticien en France ou à l'étranger. L'examen peut être effectué dans un établissement hospitalier. Il vise à définir un traitement adapté à l'état du bénéficiaire qui sert de base aux remboursements. Le praticien est choisi par la Caisse des Français de l'étranger après avis du service du contrôle médical. Les frais nécessités par l'examen sont à la charge de la caisse.

Article L766-2

Les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité sont servies et prises en charge par la caisse des Français de l'étranger lorsque les soins sont dispensés lors des séjours en France des adhérents aux assurances volontaires maladie-maternité mentionnées au présent titre, à la condition que les intéressés n'aient pas droit, à un titre quelconque, à ces prestations sur le territoire français.

Un décret fixe les modalités d'application de cette disposition, notamment le taux de la cotisation supplémentaire mise à la charge des intéressés dans cette hypothèse. La cotisation supplémentaire

des titulaires d'une pension servie par un régime d'assurance vieillesse mentionné à l'article L. 621-3 ne peut être supérieure à la cotisation acquittée par ceux des pensionnés qui relèvent desdits régimes et qui sont établis en France.

La caisse des Français de l'étranger peut également servir les prestations des assurances maladie-maternité, lors de leur séjour en France, aux assurés volontaires ayant droit à ces prestations sur le territoire français. Dans cette hypothèse, des conventions passées entre la caisse des Français de l'étranger et les organismes de sécurité sociale déterminent les modalités de remboursement, par les organismes compétents pour l'affiliation des intéressés, des frais engagés par la caisse des Français de l'étranger.

Article L766-2-1

Sous réserve de l'application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 766-1, les prestations des assurances volontaires instituées aux chapitres II à V du présent titre ne sont dues que si les cotisations exigibles ont été versées par l'adhérent avant la survenance du risque.

Article L766-2-2

En cas de fausse déclaration des rémunérations ou ressources mentionnées aux articles L. 762-3, L. 763-4, L. 765-7 et L. 765-8, la caisse, après avoir mis en demeure l'intéressé de produire ses observations, le rétablit dans la catégorie de cotisation appropriée. En outre, l'adhérent est assujéti à une pénalité égale à la différence entre les cotisations des deux catégories considérées, calculée sur trois ans. Elle doit être acquittée dans un délai fixé par décret. A défaut, la caisse procède à la résiliation de l'adhésion. Les cotisations versées demeurent acquises à la caisse.

Les autorités consulaires françaises communiquent à la caisse compétente toutes informations nécessaires à l'application du présent article.

Section 2 : Prise en charge des cotisations dues au titre des chapitres II, III et V

Article L766-2-3

Lorsque les Français de l'étranger, résidant dans un Etat situé hors de l'Espace économique européen, ne disposent pas de la totalité des ressources nécessaires pour acquitter, à titre d'adhérent individuel, la cotisation correspondant à la catégorie de cotisation la plus faible visée au 1° de l'article L. 762-3 et au deuxième alinéa de chacun des articles L. 763-4, L. 765-7 et L. 765-8, une partie de cette cotisation, dont le montant est fixé par arrêté interministériel, est prise en charge, à leur demande, par le budget de l'action sanitaire et sociale de la Caisse des Français de l'étranger.

Les autorités consulaires françaises effectuent le contrôle initial et périodique des ressources des intéressés.

Les conditions de la prise en charge prévue ci-dessus, ainsi que les modalités d'application du présent article, sont fixées par décret.

Article L766-2-4

La Caisse des Français de l'étranger peut accorder aux adhérents dont l'âge est inférieur à une limite fixée par décret, et à l'exclusion de ceux visés à l'article L. 765-2-1, une ristourne sur leur cotisation d'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévue par les chapitres II, III et V du présent titre. Le montant de cette ristourne, qui peut varier selon l'âge de l'adhérent, est fixé par décret. Cette ristourne ne peut être accordée aux adhérents bénéficiant de la prise en charge des cotisations prévues par l'article L. 766-2-3.

Section 3 : Caisse des Français de l'étranger.

Article L766-4

Les assurés volontaires relevant des chapitres II, III, IV et V du présent titre sont affiliés à la Caisse des Français de l'étranger. Cette caisse gère les risques maladie, maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles et assure le recouvrement des cotisations afférentes à ces risques. Elle assure les formalités d'adhésion et le recouvrement des cotisations pour les catégories de personnes mentionnées à l'article L. 742-1 qui résident à l'étranger et peuvent s'affilier à l'assurance volontaire au titre du risque vieillesse.

Sous réserve des dispositions du présent chapitre, les règles d'organisation et de gestion contenues dans les dispositions législatives applicables aux caisses d'assurance maladie du régime général, et notamment l'article L. 216-1 sont applicables à la caisse des Français de l'étranger suivant des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L766-4-1

La Caisse des Français de l'étranger met en oeuvre une action sanitaire et sociale en faveur :

1° Des personnes visées à l'article L. 766-2-3, prenant en charge selon des modalités fixées par décret :

a) La partie de leurs cotisations qui n'est pas mise à leur charge par cet article ;

b) S'agissant des seuls nouveaux adhérents à l'assurance volontaire maladie, la différence existant le cas échéant entre la moyenne des dépenses de soins de santé de la catégorie de cotisants à laquelle ils appartiennent multipliée par le nombre de personnes concernées et la totalité de leurs cotisations - part prise en charge et part versée par l'intéressé ;

c) Le montant des frais de gestion de la caisse concernant les personnes visées au b ;

2° De l'ensemble de ses affiliés, dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel.

Sous-section 1 : Composition du conseil d'administration de la caisse

Article L766-5

La caisse des Français de l'étranger est administrée par un conseil d'administration de vingt et un membres, ainsi répartis :

1°) quinze administrateurs élus, représentant les assurés, dont :

a. au titre des assurés actifs :

- huit représentants des salariés ;

- deux représentants des non-salariés ;

b. au titre des assurés inactifs :

- trois représentants des pensionnés ;

- deux représentants des autres inactifs ;

2°) trois administrateurs élus par l'Assemblée des Français de l'étranger à la représentation proportionnelle suivant la règle du plus fort reste ;

3°) deux représentants des employeurs, désignés par les organisations professionnelles nationales des employeurs représentatives ;

4°) un représentant désigné par la fédération nationale de la mutualité française.

Le président du conseil d'administration est élu en son sein par le conseil.

Le conseil d'administration siège valablement dès lors que le nombre de ses membres est supérieur à la moitié du nombre total des membres dont il est composé.

Le mandat des administrateurs est de six ans. Leur statut est régi par les articles L. 231-9 à L. 231-12.

Sont admis à assister aux séances du conseil d'administration :

1°) trois personnes qualifiées, désignées par les autorités compétentes de l'Etat ;

2°) un représentant du personnel de la caisse des Français à l'étranger, désigné dans des conditions fixées par décret ;

3°) les commissaires du Gouvernement.

Sous-section 2 : Election des représentants des assurés au conseil d'administration de la caisse.

Article L766-6

Pour l'élection des représentants des assurés, sont électeurs les membres de l'Assemblée des Français de l'étranger. Sont éligibles les Français de l'étranger adhérant aux assurances volontaires. Pour être éligibles, les électeurs doivent être âgés de dix-huit ans accomplis, n'avoir pas fait l'objet d'une condamnation à une peine correctionnelle ou, dans les cinq années précédentes, à une peine contraventionnelle prononcée en application des dispositions du présent code.

Les dispositions des articles L. 231-6 et L. 231-6-1 valent conditions d'éligibilité et d'inéligibilité pour l'élection des administrateurs.

Les règles relatives aux listes électorales, à la propagande et aux candidatures sont fixées par décret.

Article L766-7

L'élection des représentants des assurés au conseil d'administration de la caisse des Français de l'étranger a lieu au scrutin de liste à la représentation proportionnelle suivant la règle du plus fort reste sans panachage, ni rature, ni vote préférentiel.

Chaque liste doit comprendre deux fois plus de candidats qu'il n'y a de sièges à pourvoir et respecter la répartition entre chacune des catégories d'assurés telles que définies au 1° du premier alinéa de l'article L. 766-5. La répartition des sièges entre les listes est effectuée pour chacune de ces

catégories d'assurés. Les sièges sont attribués aux candidats d'après l'ordre des présentations. Les règles de déroulement du scrutin sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les dépenses afférentes aux élections sont prises en charge par le régime des expatriés.

Article L766-8

Les candidats venant sur une liste immédiatement après le dernier candidat élu exercent, à concurrence du nombre de sièges obtenus par la liste, les fonctions de suppléant.

Ils sont appelés à remplacer, dans l'ordre de la liste, les administrateurs titulaires dont le siège deviendrait vacant.

Ces nouveaux représentants siègent jusqu'au renouvellement suivant du conseil d'administration.

Chaque organisation ayant désigné un ou plusieurs représentants au conseil d'administration peut désigner un administrateur suppléant.

Sous-section 3 : Election des représentants de l'Assemblée des Français de l'étranger

Article L766-8-1 A

Sont éligibles au mandat prévu au 2° de l'article L. 766-5 les membres de l'Assemblée des Français de l'étranger.

Sous-section 5 : Organisation financière et comptable

Article L766-8-1

Pour la garantie des prestations qu'elle sert, la Caisse des Français de l'étranger, d'une part, constitue des provisions correspondant aux engagements qu'elle prend au regard de ses adhérents et, d'autre part, dispose d'une réserve de sécurité suffisante pour faire face aux aléas de ses gestions techniques.

En outre, afin de limiter les conséquences financières des événements exceptionnels auxquels elle peut être exposée au titre de l'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles, la Caisse des Français de l'étranger peut constituer une réserve spéciale ou souscrire tous traités de

réassurance.

Article L766-9

Le budget de l'action sanitaire et sociale est financé, pour l'action visée au 1° de l'article L. 766-4-1, par la Caisse des Français de l'étranger et par un concours de l'Etat.

Le budget de l'action sanitaire et sociale est financé, pour l'action visée au 2° du même article, par une fraction du produit des cotisations de l'assurance maladie, de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles et de l'assurance vieillesse, fixée par arrêté ministériel.

Sous-section 6 : Dispositions diverses.

Article L766-10

La caisse est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat, qui sont représentées auprès d'elle par des commissaires du Gouvernement.

Les délibérations du conseil d'administration ne deviennent exécutoires que s'il n'y a pas opposition des autorités mentionnées au premier alinéa dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat, dont le point de départ est la communication des délibérations à ces autorités.

Article L766-11

Les articles L. 231-4, L. 231-5, L. 272-1, L. 272-2 et L. 281-3 sont applicables à la caisse des Français de l'étranger.

Article L766-12

Les différends auxquels donne lieu l'application du présent titre sont réglés conformément aux dispositions des chapitres 2 à 4 du titre IV du livre I, selon les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

Section 4 : Dispositions d'application.

Article L766-13

Sauf disposition contraire, les mesures nécessaires à l'application des chapitres II à VI du présent titre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre 7 : Travailleurs migrants

Section 1 : Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale

Article L767-1

Le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale est un établissement public national à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, qui assure notamment le rôle d'organisme de liaison entre les institutions de sécurité sociale françaises et les institutions de sécurité sociale étrangères pour l'application des règlements de la Communauté européenne et des accords internationaux de sécurité sociale. Le centre assure également ce rôle à l'égard des institutions des territoires et collectivités territoriales françaises ayant une autonomie en matière de sécurité sociale.

Les missions du centre sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Pour l'exercice de ces missions, le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale peut employer des agents non titulaires avec lesquels il conclut des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Ce centre peut également recruter des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale. Sont préservés les droits à titularisation des agents acquis au titre de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat et de la loi n° 2001-2 du 3 janvier 2001 relative à la résorption de l'emploi précaire et à la modernisation du recrutement dans la fonction publique ainsi qu'au temps de travail dans la fonction publique territoriale.

Le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale est notamment financé par des contributions des régimes de sécurité sociale, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 1 : Allocations aux personnes âgées

Chapitre 5 : Allocation de solidarité aux personnes âgées

Section 1 : Ouverture du droit et liquidation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées

Sous-section 1 : Conditions d'ouverture du droit à l'allocation

Article L815-1

Toute personne justifiant d'une résidence stable et régulière sur le territoire métropolitain ou dans un département mentionné à l'article L. 751-1 et ayant atteint un âge minimum bénéficie d'une allocation de solidarité aux personnes âgées dans les conditions prévues par le présent chapitre. Cet âge minimum est abaissé en cas d'inaptitude au travail.

Un décret en Conseil d'Etat précise la condition de résidence mentionnée au présent article.

Article L815-2

L'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 est remboursée aux organismes ou services qui en sont débiteurs par le fonds institué par l'article L. 135-1.

Article L815-3

Les personnes qui ont été reconnues inaptes au travail pour l'attribution d'un avantage de vieillesse résultant de dispositions législatives ou réglementaires sont considérées comme inaptes au travail pour l'application du présent chapitre.

Article L815-4

Le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, qui varie selon que le foyer est constitué d'une personne seule ou de conjoints, de concubins ou de partenaires liés par un pacte civil de solidarité, est fixé par décret.

Article L815-5

La personne âgée et, le cas échéant, son conjoint ou concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité doivent faire valoir en priorité les droits en matière d'avantages de vieillesse auxquels ils peuvent prétendre au titre de dispositions législatives ou réglementaires françaises ou étrangères, des conventions internationales, ainsi que des régimes propres aux organisations internationales.

Article L815-6

Les caisses de retraite adressent à leurs adhérents, dans des conditions fixées par décret, au moment de la liquidation de l'avantage vieillesse, toutes les informations relatives aux conditions d'attribution de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et aux procédures de récupération auxquelles cette allocation donne lieu.

Sous-section 2 : Présentation des demandes et mission des organismes liquidateurs

Article L815-7

L'allocation de solidarité aux personnes âgées est liquidée et servie par les organismes ou services débiteurs d'un avantage de vieillesse de base résultant de dispositions législatives ou réglementaires, sur demande expresse des intéressés.

Pour les personnes qui ne relèvent d'aucun régime de base obligatoire d'assurance vieillesse, l'organisme compétent est le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées géré par la Caisse des dépôts et consignations sous la surveillance d'une commission dont la composition est fixée par décret.

Les conditions d'organisation du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont fixées par décret.

Article L815-8

La commission du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-7 statue sur les demandes de subventions, aides individuelles et secours instruites par la Caisse des dépôts et consignations.

Les décisions d'attribution de subvention ne sont exécutoires qu'en l'absence d'opposition formée, dans les conditions fixées par décret, par l'autorité compétente de l'Etat.

Les dépenses entraînées par l'action sociale prévue au présent article sont remboursées au service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées par le fonds institué par l'article L. 135-1.

Sous-section 3 : Appréciation des ressources

Article L815-9

L'allocation de solidarité aux personnes âgées n'est due que si le total de cette allocation et des ressources personnelles de l'intéressé et du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité n'excède pas des plafonds fixés par décret. Lorsque le total de la ou des allocations de solidarité et des ressources personnelles de l'intéressé ou des époux, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité dépasse ces plafonds, la ou les allocations sont réduites à due concurrence.

Sous-section 4 : Service de l'allocation

Article L815-10

Les services ou organismes mentionnés à l'article L. 815-7 statuent sur le droit des bénéficiaires à l'allocation de solidarité aux personnes âgées instituée par le présent chapitre et en assurent le paiement.

Cette allocation est cessible et saisissable dans les mêmes conditions et limites que le salaire. Toutefois, elle ne l'est que dans la limite de 90 % au profit des établissements hospitaliers et des caisses de sécurité sociale pour le paiement des frais d'hospitalisation.

Par dérogation à l'alinéa précédent, lorsque l'allocation s'ajoute à un avantage de vieillesse soumis à des règles de cessibilité ou de saisissabilité particulières, ces règles sont applicables à l'allocation. Pour l'application de ces règles, les quotités saisissables sont déterminées séparément.

Article L815-11

L'allocation peut être révisée, suspendue ou supprimée à tout moment lorsqu'il est constaté que l'une des conditions exigées pour son service n'est pas remplie ou lorsque les ressources de l'allocataire ont varié.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles l'allocation peut être révisée, suspendue ou supprimée par les services ou organismes mentionnés à l'article L. 815-7.

Dans tous les cas, les arrérages versés sont acquis aux bénéficiaires sauf lorsqu'il y a fraude, absence de déclaration du transfert de leur résidence hors du territoire métropolitain ou des départements mentionnés à l'article L. 751-1, absence de déclaration des ressources ou omission de ressources dans les déclarations.

Toute demande de remboursement de trop-perçu se prescrit par deux ans à compter de la date du paiement de l'allocation entre les mains du bénéficiaire, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

Article L815-12

Le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est supprimé aux personnes qui établissent leur résidence en dehors du territoire métropolitain et des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Section 2 : Recouvrement sur les successions

Article L815-13

Les sommes servies au titre de l'allocation sont récupérées après le décès du bénéficiaire dans la limite d'un montant fixé par décret et revalorisé dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article L. 816-2.

Toutefois, la récupération n'est opérée que sur la fraction de l'actif net qui excède un seuil dont le montant est fixé par décret.

Lorsque la succession du bénéficiaire, en tout ou en partie, comprend un capital d'exploitation

agricole, ce dernier ainsi que les bâtiments qui en sont indissociables ne sont pas pris en compte pour l'application du deuxième alinéa. La liste des éléments constitutifs de ce capital et de ces bâtiments est fixée par décret.

Le recouvrement est opéré dans des conditions et selon des modalités fixées par décret par les organismes ou services assurant le service de l'allocation mentionnés à l'article L. 815-7.

Les sommes recouvrables sont garanties par une hypothèque légale prenant rang à la date de son inscription.

L'action en recouvrement se prescrit par cinq ans à compter de l'enregistrement d'un écrit ou d'une déclaration mentionnant la date et le lieu du décès du défunt ainsi que le nom et l'adresse de l'un au moins des ayants droit.

Lorsque le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est versé à des conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité, tous deux bénéficiaires, l'allocation est réputée avoir été perçue pour moitié par chacun des membres du couple.

Section 3 : Contentieux et pénalités

Article L815-14

Est puni d'une amende de 3 750 euros le fait d'offrir, moyennant rémunération, ses services à autrui en vue de lui permettre d'obtenir le bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Article L815-15

Les dispositions des chapitres II, III et IV du titre IV du livre Ier sont applicables aux contestations relatives à l'attribution, au refus d'attribution, à la suspension, à la révision ou à la suppression de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Section 4 : Dispositions administratives

Article L815-16

Pour l'exercice de sa mission, le service ou l'organisme chargé de la gestion de l'allocation vérifie les déclarations des bénéficiaires, le cas échéant en coopération avec les institutions étrangères auxquelles ils sont ou ont été affiliés.

Article L815-17

Par dérogation aux dispositions qui les assujettissent au secret professionnel, les agents des administrations publiques, notamment fiscales, ainsi que les agents des organismes de sécurité sociale, de retraite complémentaire et d'indemnisation du chômage sont tenus de fournir les renseignements qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à la liquidation des droits et au contrôle du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, ainsi qu'à la mise en oeuvre des dispositions de l'article L. 815-13, notamment en ce qui concerne la détermination du montant des successions.

Article L815-18

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles toute personne, institution ou entreprise est tenue de déclarer aux organismes ou services mentionnés à l'article L. 815-7, les avantages viagers qu'elle a l'obligation de servir à des personnes susceptibles de bénéficier du présent chapitre.

Section 5 : Dispositions financières

Article L815-19

Le fonds institué par l'article L. 135-1 octroie aux organismes et services mentionnés à l'article L. 815-7, à l'exception de ceux qui gèrent les régimes de retraites de l'Etat et des collectivités locales, des subventions correspondant aux charges résultant des dispositions du présent chapitre.

Toutefois, le régime général des travailleurs salariés assure sur ses propres ressources les charges prévues à l'alinéa précédent, sous réserve des subventions dont il peut bénéficier à cet effet.

Un décret en Conseil d'Etat fixe :

1° Les modalités permettant de déterminer le montant de ces subventions en fonction du nombre de bénéficiaires de prestations de vieillesse ayant atteint les âges fixés en application de l'article L. 815-1 ; en aucun cas ces subventions ne peuvent être supérieures au montant des charges définies au premier alinéa du présent article, augmentées de 5 % ;

2° Les conditions dans lesquelles la fraction de subvention qui excéderait la charge nouvelle supportée par les différents services et organismes mentionnés à l'article L. 815-7 peut rester à la disposition de ceux-ci.

Article L815-20

Le fonds institué par l'article L. 135-1 peut consentir des avances aux services et organismes mentionnés à l'article L. 815-7.

Article L815-21

Le fonds institué par l'article L. 135-1 peut mettre les allocations payées à tort à la charge de l'organisme ou du service qui a procédé à la liquidation de l'allocation.

Les autorités chargées de l'exercice de la tutelle des organismes et services mentionnés à l'article L. 815-7 peuvent prescrire les mesures de contrôle et de redressement qui s'avèrent nécessaires.

Article L815-22

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le fonds institué par l'article L. 135-1 participe aux dépenses de gestion et de contentieux résultant de l'application du présent chapitre.

Section 6 : Dispositions d'application

Article L815-23

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent chapitre, notamment en ce qui concerne les bénéficiaires des régimes énumérés par le décret prévu à l'article L. 711-1 et les bénéficiaires de plusieurs avantages de vieillesse résultant de dispositions législatives ou réglementaires.

Chapitre 5 bis : Allocation supplémentaire d'invalidité

Article L815-24

Dans les conditions prévues au présent chapitre, toute personne résidant sur le territoire métropolitain ou dans un département mentionné à l'article L. 751-1, titulaire d'un avantage viager

servi au titre de l'assurance invalidité ou de vieillesse par un régime de sécurité sociale résultant de dispositions législatives ou réglementaires peut, quel que soit son âge, bénéficier d'une allocation supplémentaire dont le montant est fixé par décret :

-si elle est atteinte d'une invalidité générale réduisant sa capacité de travail ou de gain dans des proportions déterminées ;

-ou si elle a obtenu cet avantage en raison d'une invalidité générale au moins égale,

sans remplir la condition d'âge pour bénéficier de l'allocation aux personnes âgées prévue à l'article L. 815-1.

Le montant de l'allocation supplémentaire peut varier selon la situation matrimoniale des intéressés.

Article L815-24-1

L'allocation supplémentaire d'invalidité n'est due que si le total de cette allocation et des ressources personnelles de l'intéressé et du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité n'excède pas des plafonds fixés par décret. Lorsque le total de la ou des allocations supplémentaires d'invalidité et des ressources personnelles de l'intéressé ou des époux, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité dépasse ces plafonds, la ou les allocations sont réduites à due concurrence.

Article L815-25

Les personnes qui ont été reconnues atteintes, pour l'attribution d'un avantage d'invalidité au titre d'un régime de sécurité sociale résultant de dispositions législatives ou réglementaires, d'une invalidité générale réduisant leur capacité de travail ou de gain dans les proportions fixées en application de l'article L. 815-24 sont considérées comme invalides pour l'application dudit article.

Article L815-26

Les dépenses entraînées par l'attribution de l'allocation supplémentaire mentionnée à l'article L. 815-24 sont à la charge d'un fonds spécial d'invalidité doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière et administré par l'autorité compétente de l'Etat, assistée d'un comité comprenant des représentants de l'Etat et des principaux régimes de sécurité sociale. La gestion financière est assurée par la Caisse des dépôts et consignations.

Article L815-27

L'allocation supplémentaire est liquidée et servie par les services ou organismes débiteurs d'un des avantages mentionnés à l'article L. 815-24 sur demande expresse des intéressés.

Ces services ou organismes statuent sur le droit des bénéficiaires à l'allocation supplémentaire instituée par le présent chapitre et en assurent le paiement.

En cas de suspension de l'avantage d'invalidité, l'allocation supplémentaire est également suspendue.

Article L815-28

Les arrérages servis au titre de l'allocation supplémentaire mentionnée à l'article L. 815-24 sont recouvrés en tout ou partie sur la succession de l'allocataire lorsque l'actif net est au moins égal au montant fixé par décret en application de l'article L. 815-13.

Le recouvrement est effectué par les organismes ou services payeurs de l'allocation mentionnés à l'article L. 815-27 dans des conditions et selon des modalités fixées par décret.

Les dispositions du troisième alinéa, du cinquième alinéa et du sixième alinéa de l'article L. 815-13 sont applicables au recouvrement sur succession de l'allocation supplémentaire.

Article L815-29

Les dispositions du deuxième et du troisième alinéa de l'article L. 815-10, des articles L. 815-11, L. 815-12, L. 815-14 à L. 815-18 et L. 815-23 sont applicables au service, au contentieux et aux pénalités afférents à l'allocation supplémentaire instituée au présent chapitre.

Le financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité est assuré par l'Etat pour ce qui concerne le régime général des travailleurs salariés et par le fonds mentionné à l'article L. 815-26 pour ce qui concerne les autres organismes débiteurs de l'allocation, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction des prestations versées dans l'année, dans des conditions fixées par décret.

Chapitre 6 : Dispositions diverses

Article L816-1

Le présent titre est applicable aux personnes de nationalité étrangère qui répondent à l'une des conditions suivantes :

- 1° Etre titulaire depuis au moins dix ans d'un titre de séjour autorisant à travailler ;
- 2° Etre réfugié, apatride, avoir combattu pour la France dans les conditions prévues aux 4°, 5°, 6° ou 7° de l'article L. 314-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ou

bénéficiaire de la protection subsidiaire ;

3° Etre ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, dans les conditions mentionnées à l'article L. 262-6 du code de l'action sociale et des familles.

Article L816-2

Les montants des allocations définies au présent titre et des plafonds de ressources prévus pour leur attribution sont revalorisés aux mêmes dates et selon les mêmes conditions que celles prévues pour les pensions de vieillesse de base par l'article L. 161-23-1.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 2 : Allocation aux adultes handicapés.

Article L821-1

Toute personne résidant sur le territoire métropolitain ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 ou à Saint-Pierre-et-Miquelon ayant dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'allocation prévue à l'article L. 541-1 et dont l'incapacité permanente est au moins égale à un pourcentage fixé par décret perçoit, dans les conditions prévues au présent titre, une allocation aux adultes handicapés.

Les personnes de nationalité étrangère, hors les ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, ne peuvent bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés que si elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour ou si elles sont titulaires d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour. Un décret fixe la liste des titres ou documents attestant la régularité de leur situation.

L'allocation mentionnée au premier alinéa bénéficie aux ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen qui en font la demande et qui résident en France depuis plus de trois mois, dans les conditions prévues aux articles L. 121-1 et L. 121-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Cette condition de séjour de trois mois n'est toutefois pas opposable :

- aux personnes qui exercent une activité professionnelle déclarée conformément à la législation en vigueur ;
- aux personnes qui ont exercé une telle activité en France et soit sont en incapacité permanente de travailler pour raisons médicales, soit suivent une formation professionnelle au sens des articles L. 900-2 et L. 900-3 du code du travail, soit sont inscrites sur la liste visée à l'article L. 311-5 du même code ;
- aux ascendants, descendants et conjoints des personnes mentionnées aux deux alinéas précédents.

Les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre ne peuvent bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés.

Le droit à l'allocation aux adultes handicapés est ouvert lorsque la personne ne peut prétendre, au titre d'un régime de sécurité sociale, d'un régime de pension de retraite ou d'une législation particulière, à un avantage de vieillesse ou d'invalidité, à l'exclusion de la majoration pour aide constante d'une tierce personne visée à l'article L. 355-1, ou à une rente d'accident du travail, à l'exclusion de la majoration pour aide d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2, d'un montant au moins égal à cette allocation.

Lorsque cet avantage est d'un montant inférieur à celui de l'allocation aux adultes handicapés, celle-ci s'ajoute à la prestation sans que le total des deux avantages puisse excéder le montant de l'allocation aux adultes handicapés.

Pour la liquidation des avantages de vieillesse, les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés sont réputés inaptes au travail à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à pension de vieillesse.

Lorsqu'une personne bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés fait valoir son droit à un avantage de vieillesse ou d'invalidité, l'allocation aux adultes handicapés continue de lui être servie jusqu'à ce qu'elle perçoive effectivement l'avantage auquel elle a droit. Pour la récupération des sommes trop perçues à ce titre, les organismes visés à l'article L. 821-7 sont subrogés dans les droits des bénéficiaires vis-à-vis des organismes payeurs des avantages de vieillesse ou d'invalidité.

Lorsque l'allocation aux adultes handicapés est versée en complément de la rémunération garantie visée à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles, le cumul de cet avantage avec la rémunération garantie mentionnée ci-dessus est limité à des montants fixés par décret qui varient notamment selon que le bénéficiaire est marié ou vit maritalement ou est lié par un pacte civil de solidarité et a une ou plusieurs personnes à charge. Ces montants varient en fonction du salaire minimum de croissance prévu à l'article L. 141-4 du code du travail.

Article L821-1-1

Il est institué une garantie de ressources pour les personnes handicapées composée de l'allocation aux adultes handicapés et d'un complément de ressources. Le montant de cette garantie est fixé par décret.

Le complément de ressources est versé aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés au titre de l'article L. 821-1 :

- dont la capacité de travail, appréciée par la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, est, compte tenu de leur handicap, inférieure à un pourcentage fixé par décret ;
- qui n'ont pas perçu de revenu d'activité à caractère professionnel propre depuis une durée fixée par décret ;
- qui disposent d'un logement indépendant ;
- qui perçoivent l'allocation aux adultes handicapés à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail.

Le complément de ressources est également versé aux bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 dont l'incapacité permanente est au moins égale au pourcentage fixé par le décret mentionné au premier alinéa de l'article L. 821-1 et qui satisfont aux conditions prévues aux troisième, quatrième et cinquième alinéas du présent

article.

Le versement du complément de ressources pour les personnes handicapées prend fin à l'âge auquel le bénéficiaire est réputé inapte au travail dans les conditions prévues au dixième alinéa de l'article L. 821-1. Il prend fin pour les bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à pension de vieillesse.

Toute reprise d'activité professionnelle entraîne la fin du versement du complément de ressources.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles le complément de ressources est versé aux intéressés hébergés dans un établissement social ou médico-social, hospitalisés dans un établissement de santé ou incarcérés dans un établissement relevant de l'administration pénitentiaire.

Les dispositions de l'article L. 821-5 sont applicables au complément de ressources.

Article L821-1-2

Une majoration pour la vie autonome dont le montant est fixé par décret est versée aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés au titre de l'article L. 821-1 qui :

- disposent d'un logement indépendant pour lequel ils reçoivent une aide personnelle au logement ;
- perçoivent l'allocation aux adultes handicapés à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ;
- ne perçoivent pas de revenu d'activité à caractère professionnel propre.

La majoration pour la vie autonome est également versée aux bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 dont l'incapacité permanente est au moins égale au pourcentage fixé par le décret mentionné au premier alinéa de l'article L. 821-1 et qui satisfont aux conditions prévues aux deuxième et quatrième alinéas du présent article.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles la majoration pour la vie autonome est versée aux intéressés hébergés dans un établissement social ou médico-social, hospitalisés dans un établissement de santé ou incarcérés dans un établissement relevant de l'administration pénitentiaire.

La majoration pour la vie autonome n'est pas cumulable avec le complément de ressources visé à l'article L. 821-1-1. L'allocataire qui remplit les conditions pour l'octroi de ces deux avantages choisit de bénéficier de l'un ou de l'autre.

Les dispositions de l'article L. 821-5 sont applicables à la majoration pour la vie autonome.

Article L821-2

L'allocation aux adultes handicapés est également versée à toute personne qui remplit l'ensemble des conditions suivantes :

1° Son incapacité permanente, sans atteindre le pourcentage fixé par le décret prévu au premier alinéa de l'article L. 821-1, est supérieure ou égale à un pourcentage fixé par décret ;

2° La commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles lui reconnaît, compte tenu de son handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, précisée par décret.

Le versement de l'allocation aux adultes handicapés au titre du présent article prend fin à l'âge auquel le bénéficiaire est réputé inapte au travail dans les conditions prévues au cinquième alinéa de l'article L. 821-1.

Article L821-3

L'allocation aux adultes handicapés peut se cumuler avec les ressources personnelles de l'intéressé et, s'il y a lieu, de son conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité dans la limite d'un plafond fixé par décret, qui varie selon qu'il est marié, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité et a une ou plusieurs personnes à sa charge.

Les rémunérations de l'intéressé tirées d'une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail sont en partie exclues du montant des ressources servant au calcul de l'allocation selon des modalités fixées par décret.

Article L821-3-1

Le montant de l'allocation aux adultes handicapés est fixé par décret.

Le coefficient annuel de revalorisation de l'allocation est au moins égal à l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances pour l'année considérée.

Ce minimum de revalorisation est réajusté si l'évolution constatée des prix à la consommation hors tabac, mentionnée dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances pour l'année suivante, est différente de celle qui avait été initialement prévue.

Le minimum de revalorisation mentionné au deuxième alinéa peut être assuré au moyen de plusieurs révisions du montant de l'allocation dans l'année.

Article L821-4

L'allocation aux adultes handicapés est accordée, pour une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles appréciant le niveau d'incapacité de la personne handicapée ainsi que, pour les personnes mentionnées à l'article L. 821-2 du présent code, leur impossibilité, compte tenu de leur handicap, de se procurer un emploi.

Le complément de ressources mentionné à l'article L. 821-1-1 est accordé, pour une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat, sur décision de la commission mentionnée au premier alinéa qui apprécie le taux d'incapacité et la capacité de travail de l'intéressé.

Article L821-5

L'allocation aux adultes handicapés est servie comme une prestation familiale. Elle est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement des frais d'entretien de la personne handicapée. En cas de non-paiement de ces frais, la personne physique ou morale ou l'organisme qui en assume la charge peut obtenir de la caisse débitrice de l'allocation que celle-ci lui soit versée directement.

L'action de l'allocataire pour le paiement de l'allocation se prescrit par deux ans.

Cette prescription est également applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement d'allocations indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

Les dispositions des articles L. 114-13, L. 377-2 et L. 377-4 sont applicables à l'allocation aux adultes handicapés.

Les différends auxquels peut donner lieu l'application du présent titre et qui ne relèvent pas d'un autre contentieux sont réglés suivant les dispositions régissant le contentieux général de la sécurité sociale.

Le financement de l'allocation aux adultes handicapés, du complément de ressources, de la majoration pour la vie autonome et de l'allocation pour adulte handicapé mentionnée à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est assuré par l'Etat. La prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction des prestations versées dans l'année, dans des conditions fixées par décret.

La prescription est interrompue tant que l'organisme débiteur des prestations familiales se trouve

dans l'impossibilité de recouvrer l'indu concerné en raison de la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement d'indus relevant des articles L. 553-2, L. 821-5-1 ou L. 835-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles ou L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.

Article L821-5-1

Tout paiement indu de prestations mentionnées au présent titre est, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, récupéré sur l'allocation à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues, soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, soit au titre de l'allocation de logement mentionnée à l'article L. 831-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte de la loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion.

Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret.

Les retenues mentionnées au premier alinéa sont déterminées en application des règles prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du présent code.

Article L821-6

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles le droit à l'allocation aux adultes handicapés mentionnée à l'article L. 821-1 ci-dessus est ouvert aux personnes handicapées hébergées dans un établissement social ou médico-social ou hospitalisées dans un établissement de santé, ou détenues dans un établissement relevant de l'administration pénitentiaire. Ce décret détermine également dans quelles conditions le paiement de ladite allocation peut être réduit en cas d'hospitalisation d'hébergement ou d'incarcération.

L'allocation aux adultes handicapés versée aux personnes qui supportent le forfait journalier institué par l'article L. 174-4 ne peut pas être réduite à un montant inférieur à un minimum fixé par décret.

Article L821-7

La gestion de la prestation prévue à l'article L. 821-1, du complément de ressources et de la majoration pour la vie autonome est confiée aux organismes du régime général chargés du versement des prestations familiales.

Toutefois, lorsqu'une caisse de mutualité sociale agricole est compétente pour verser à une personne handicapée les prestations familiales dont elle bénéficie ou serait susceptible de bénéficier ou

lorsque le bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés relève d'un régime de protection sociale agricole en application de l'article L. 381-28, cet organisme assure la gestion de l'allocation, du complément de ressources et de la majoration pour la vie autonome.

Article L821-7-1

L'allocation prévue par le présent titre peut faire l'objet de la part de l'organisme gestionnaire d'une avance sur droits supposés si, à l'expiration de la période de versement, la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles ne s'est pas prononcée sur le bien-fondé de la demande de renouvellement.

Article L821-7-3

Une procédure de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mentionnée à l'article L. 5213-2 du code du travail est engagée à l'occasion de l'instruction de toute demande d'attribution ou de renouvellement de l'allocation aux adultes handicapés.

Article L821-8

Des dispositions réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent titre. Sauf disposition contraire, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 3 : Allocation de logement des personnes âgées, des infirmes, des jeunes salariés et de certaines catégories de demandeurs d'emploi

Chapitre 1er : Conditions générales d'attribution

Section 1 : Dispositions communes.

Article L831-1

Une allocation de logement est versée aux personnes de nationalité française mentionnées à l'article L. 831-2 en vue de réduire à un niveau compatible avec leurs ressources la charge de loyer afférente au logement qu'elles occupent à titre de résidence principale en France métropolitaine ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1. Sont assimilées au loyer les mensualités versées pour accéder à la propriété de l'habitation.

Cette allocation est versée aux personnes hébergées dans les unités et centres de long séjour relevant de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Le présent titre est applicable aux personnes de nationalité étrangère dans les conditions prévues par les deux premiers alinéas de l'article L. 512-2.

L'allocation de logement n'est pas due lorsque la même personne peut bénéficier, au titre d'une autre réglementation, d'une indemnité ou allocation répondant au même objet et qui est d'un montant égal ou supérieur à la première de ces prestations. Lorsque cette indemnité ou allocation est d'un montant inférieur à l'allocation de logement, celle-ci est réduite à due concurrence.

L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement appartenant à l'un de leurs ascendants ou descendants, ou ceux de leur conjoint ou concubin ou de toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil.

Article L831-2

Peuvent bénéficier de l'allocation de logement, sous réserve de payer un minimum de loyer compte tenu de leurs ressources, les personnes ne bénéficiant pas de l'allocation de logement prévue aux articles L. 542-1 et L. 755-21 ou de l'aide personnalisée au logement prévue à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation.

Article L831-3

Le versement de l'allocation de logement pourra être soumis aux dispositions mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et à des conditions de peuplement. Lorsque le logement ne satisfait pas aux caractéristiques imposées ci-dessus et que le locataire a demandé leur mise en conformité dans les conditions fixées à l'article 20-1 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée ou qu'il a engagé une action en justice en application du c de l'article 6 de la même loi, l'allocation de logement est maintenue. Hormis ce cas, l'allocation de logement peut être accordée à titre dérogatoire dans des conditions fixées par décret.

Toutefois, lorsque le demandeur est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour visé au deuxième alinéa de l'article L. 831-1, l'allocation de logement peut être versée dès lors que l'établissement apporte la preuve qu'il a engagé un programme d'investissement destiné à assurer, dans un délai de trois ans, la conformité totale aux normes fixées en application du premier alinéa et que ce programme a donné lieu à l'inscription à son budget, approuvé par l'autorité administrative, de la première tranche des travaux.

Article L831-4

Le mode de calcul de l'allocation de logement est fixé par décret en fonction du loyer payé, des ressources de l'allocataire, de la situation de famille de l'allocataire, du nombre de personnes à charge vivant au foyer, du fait que le bénéficiaire occupe son logement en qualité de locataire d'un appartement meublé ou non meublé ou d'accédant à la propriété.

La prise en compte des ressources peut faire l'objet de dispositions spécifiques, lorsque le demandeur est âgé de moins de vingt-cinq ans et qu'il bénéficie d'un contrat de travail autre qu'un contrat à durée indéterminée.

Les paramètres de calcul de l'allocation sont révisés chaque année au 1er janvier. Sont indexés sur l'évolution de l'indice de référence des loyers défini à l'article 17 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 les paramètres suivants :

- les plafonds de loyers ;

- les plafonds des charges de remboursement de contrats de prêts dont la signature est postérieure à la date de révision du barème ;

- le montant forfaitaire des charges ;
- les équivalences de loyer et de charges locatives ;

le terme constant de la participation personnelle du ménage.

Le loyer principal effectivement payé n'est pris en considération que dans la limite du prix licite et de plafonds mensuels fixés par arrêté interministériel.

Les personnes âgées ou handicapées adultes qui ont passé un contrat conforme aux dispositions du cinquième alinéa de l'article 6 de la loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes, sont assimilées à des locataires pour bénéficier de l'allocation de logement prévue par l'article L. 831-1, au titre de la partie du logement qu'elles occupent.

Article L831-4-1

L'allocation de logement est due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Toutefois, lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement au mois de la demande, l'allocation est due à compter du premier jour du mois au cours duquel la demande est déposée.

Les dispositions prévues à la première phrase de l'alinéa précédent ne s'appliquent pas aux personnes qui, hébergées par un organisme logeant à titre temporaire des personnes défavorisées et bénéficiant de l'aide mentionnée à l'article L. 851-1, accèdent à un logement ouvrant droit à l'allocation de logement, afin d'assurer la continuité des prestations prévue par le second alinéa de l'article L. 552-1. De la même façon, elles ne s'appliquent pas aux personnes dont le logement a fait l'objet d'un arrêté d'insalubrité ou de péril lorsque, dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 521-2 du code de la construction et de l'habitation, elles reprennent le paiement du loyer ou de toute autre somme versée en contrepartie de l'occupation de ce logement ou lorsqu'elles sont relogées.

Article L831-7

Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de l'allocation de logement, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes et services chargés du paiement de cette allocation selon les modalités de l'article L. 114-14.

La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17.

Lorsque les informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les allocataires, les demandeurs ou les bailleurs les communiquent par déclaration aux organismes chargés du paiement de cette allocation. Ces organismes peuvent contrôler les déclarations des bailleurs, afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'allocation de logement est perçue.

Ces organismes sont également habilités à faire vérifier sur place si le logement satisfait aux exigences visées au premier alinéa de l'article L. 831-3. Le maire ou toute association de défense des droits des locataires affiliée à une association siégeant à la Commission nationale de concertation peuvent, s'il est porté à leur connaissance l'existence d'un immeuble ou d'un groupe d'immeubles habité ne satisfaisant pas aux exigences de décence telles que définies par l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, saisir les organismes et services chargés du paiement de l'allocation. Le même droit est reconnu à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

Le contrôle des déclarations des demandeurs ou des bénéficiaires de l'allocation de logement ou des bailleurs est assuré par le personnel assermenté desdits organismes.

Chapitre 2 : Conditions particulières aux personnes âgées et aux personnes atteintes d'une infirmité.

Article L832-1

Les arrérages des rentes viagères constituées en faveur d'une personne handicapée et mentionnés à l'article 8 de la loi n° 69-1161 du 24 décembre 1969 portant loi de finances pour 1970 ne sont pas pris en compte dans le montant des ressources de l'allocataire.

Chapitre 4 : Dispositions financières.

Article L834-1

Le financement de l'allocation de logement relevant du présent titre et des dépenses de gestion qui s'y rapportent est assuré par le fonds national d'aide au logement mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation.

Pour concourir à ce financement, les employeurs sont assujettis à :

1° Une cotisation assise sur les salaires plafonnés et recouvrée selon les règles applicables en matière de sécurité sociale ;

2° Une contribution calculée par application d'un taux de 0,40 % sur la part des salaires plafonnés et d'un taux de 0,50 % sur la part des salaires dépassant le plafond, cette contribution étant recouvrée suivant les règles applicables en matière de sécurité sociale.

Les employeurs occupant moins de vingt salariés et les employeurs relevant du régime agricole au

regard des lois sur la sécurité sociale ne sont pas soumis à la contribution mentionnée au 2°. Le cinquième alinéa de l'article L. 620-10 du code du travail s'applique au calcul de l'effectif mentionné au présent article.

Chapitre 5 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article L835-1

Des organismes ou services de rattachement statuent sur le droit à l'allocation de logement des personnes mentionnées à l'article L. 831-2, liquident et assurent le versement de ladite allocation.

Article L835-2

La créance du bénéficiaire de l'allocation de logement est incessible et insaisissable.

L'allocation est versée, s'il le demande, au prêteur lorsque l'allocataire est emprunteur et au bailleur lorsque l'allocataire est locataire.

Le prêteur ou le bailleur déduit l'allocation du montant du loyer et des dépenses accessoires de logement ou de celui des charges de remboursement. Il porte cette déduction à la connaissance de l'allocataire. Lorsque le bailleur ou le prêteur ne pratique pas cette déduction, l'allocation est versée à l'allocataire.

L'allocation ne peut être versée au bailleur que si le logement répond aux exigences prévues au premier alinéa de l'article L. 831-3. Pour les logements compris dans un patrimoine d'au moins dix logements dont le propriétaire ou le gestionnaire est un organisme d'habitations à loyer modéré, une société d'économie mixte de construction et de gestion de logements sociaux ou l'établissement public de gestion immobilière du Nord-Pas-de-Calais et les sociétés à participation majoritaire de cet établissement, le bailleur peut continuer à percevoir l'allocation s'il s'engage par convention avec l'Etat à rendre le logement décent dans un délai fixé par cette convention. Le bailleur adresse une copie de la convention aux organismes payeurs de l'allocation de logement.

Lorsque l'organisme payeur a versé une allocation induue et que le bailleur ou le prêteur justifie avoir procédé à la déduction prévue au troisième alinéa du présent article, le trop-perçu est recouvré auprès de l'allocataire.

Article L835-3

L'action de l'allocataire pour le paiement de l'allocation se prescrit par deux ans.

Cette prescription est également applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement de la prestation indûment payée, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

Tout paiement indu de l'allocation de logement est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur l'allocation à venir ou par remboursement intégral de

la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre des prestations mentionnées au titre II du livre VIII du présent code, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte de la loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion.

Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret.

Dans des conditions définies par décret, les retenues mentionnées au troisième alinéa, ainsi que celles mentionnées aux articles L. 553-2 du présent code et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, L. 821-5-1 du présent code et L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte de la loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 précitée, sont déterminées en fonction de la composition du ménage, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret.

Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents, le montant de l'indu peut être réduit ou remis en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.

La prescription est interrompue tant que l'organisme débiteur des prestations familiales se trouve dans l'impossibilité de recouvrer l'indu concerné en raison de la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement d'indus relevant des articles L. 553-2, L. 821-5-1 ou L. 835-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles ou L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.

Article L835-4

Les différends avec les organismes ou services mentionnés à l'article L. 835-1, auxquels peut donner lieu l'application du présent titre, sont réglés conformément aux dispositions concernant le contentieux général de la sécurité sociale.

Article L835-5

Sera puni d'une amende de 3 750 euros, en cas de récidive dans le délai d'un an, tout intermédiaire convaincu d'avoir offert ou fait offrir ses services, moyennant émoluments convenus d'avance, à un allocataire en vue de lui faire obtenir des prestations qui peuvent lui être dues.

Article L835-6

En cas de condamnation pour infraction en récidive aux dispositions du présent titre, le tribunal pourra ordonner l'insertion du jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité, le tout aux frais du condamné.

Article L835-7

Les modalités d'application du présent titre sont déterminées, en tant que de besoin, par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 5 : Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage

Article L851-1

I. - Les associations à but non lucratif dont l'un des objets est l'insertion ou le logement des personnes défavorisées ainsi que les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, qui ont conclu une convention avec l'Etat, bénéficient d'une aide pour loger, à titre transitoire, des personnes défavorisées ; lorsque celles-ci sont étrangères, elles doivent justifier de la régularité de leur séjour en France. Cette aide peut être attribuée, pour loger à titre temporaire des personnes défavorisées, aux sociétés de construction dans lesquelles l'Etat détient la majorité du capital, ainsi qu'aux groupements d'intérêt public ayant pour objet de contribuer au relogement des familles et des personnes visées au deuxième alinéa de l'article 4 de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en oeuvre du droit au logement. L'aide peut également être versée à l'établissement public visé à l'article L. 3414-1 du code de la défense pour l'hébergement des jeunes visés à ce même article, pendant la durée de leur formation.

La convention fixe chaque année le montant de l'aide attribuée à l'organisme qui est déterminé de manière forfaitaire par référence, d'une part, au plafond de loyer retenu pour le calcul de l'allocation de logement définie respectivement par les livres V, VII et VIII du présent code et, d'autre part, aux capacités réelles et prévisionnelles d'hébergement offertes par l'organisme.

Pour le calcul de l'aide instituée par le présent article, ne sont pas prises en compte les personnes bénéficiant de l'aide sociale prévue à l'article L. 345-1 du code de l'action sociale et des familles et les personnes hébergées titulaires des aides prévues aux articles L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et L. 542-1, L. 755-21 et L. 831-1 du présent code.

II. - Une aide forfaitaire est versée aux communes ou aux établissements publics de coopération intercommunale qui gèrent une ou plusieurs aires d'accueil de gens du voyage. Elle est également versée aux personnes morales qui gèrent une aire en application d'une convention prévue au II de l'article 2 de la loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage.

Une convention passée avec l'Etat fixe, compte tenu de la capacité effective des aires d'accueil, le montant prévisionnel de l'aide versée annuellement à ces gestionnaires. Cette convention détermine les modalités de calcul du droit d'usage perçu par les gestionnaires des aires d'accueil et définit les conditions de leur gardiennage.

Article L851-2

Les aides sont liquidées et versées par les caisses d'allocations familiales dans les conditions fixées par une convention nationale conclue entre l'Etat et la Caisse nationale des allocations familiales.

Article L851-3

Le financement des aides prévues au présent titre et des dépenses de gestion qui s'y rapportent est assuré, dans des conditions fixées par voie réglementaire, par une contribution des régimes de prestations familiales mentionnés à l'article L. 241-6 et par une contribution de l'Etat.

Article L851-3-1

Les dispositions de l'article L. 553-1 sont applicables aux aides prévues au présent titre.

Article L851-4

Les modalités d'application du présent titre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

Chapitre 1 : Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé

Article L861-1

Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Cette révision prend effet chaque année au 1er juillet. Elle tient compte de l'évolution prévisible des prix de l'année civile en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le plafond de l'année précédente et le taux d'évolution des prix de cette même année. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'âge, de domicile et de ressources dans lesquelles une personne est considérée comme étant à charge.

Les personnes mineures ayant atteint l'âge de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision de l'autorité administrative, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Une action en récupération peut être exercée par l'organisme prestataire à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond mentionné au premier alinéa.

Article L861-2

L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception du revenu de solidarité active, de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée. Les aides personnelles au logement sont prises en compte à concurrence d'un forfait, identique pour les premières demandes et les demandes de renouvellement. Ce forfait, fixé par décret en Conseil d'Etat, est déterminé en pourcentage du montant forfaitaire mentionné au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles.

Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 861-1 les bénéficiaires du revenu de solidarité active dont les ressources, appréciées selon les dispositions prises en application de l'article L. 262-3 du code de l'action sociale et des familles, n'excèdent pas le montant forfaitaire visé au 2° de l'article L. 262-2 du même code.

Les bénéficiaires des dispositions du présent titre qui sont affiliés sur critère de résidence au régime général sont exonérés de la cotisation prévue à l'article L. 380-2.

Article L861-2-1

Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie est effectuée. Cette évaluation forfaitaire est prise en compte pour la détermination du droit à la prestation.

Les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit.

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

Article L861-3

Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles :

1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires cette participation demeure toutefois à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 861-1, dans les conditions prévues par le présent code, lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel.

La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'Etat afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé.

L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge.

Sauf lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7.

Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit.

Les personnes dont le droit aux prestations définies aux six premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité.

Pour l'application de cette dispense d'avance de frais, un décret détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé permettant notamment qu'ils aient un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.

Article L861-4

Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 obtiennent le bénéfice des prestations définies à l'article L. 861-3, à leur choix :

- a) Soit auprès des organismes d'assurance maladie, gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'Etat, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre ;
- b) Soit par adhésion à une mutuelle régie par le code de la mutualité, ou par souscription d'un contrat auprès d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, ou d'une entreprise régie par le code des assurances, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre.

Article L861-5

La demande d'attribution de la protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse du régime d'affiliation du demandeur. Le formulaire de la demande d'adhésion ou le contrat est établi d'après un modèle défini par décret en Conseil d'Etat.

Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. Cette transmission est effectuée sans délai. Il en est de même des organismes chargés du service du revenu de solidarité active pour les demandeurs et bénéficiaires de ce revenu et dont les ressources sont inférieures au montant forfaitaire visé au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles.

La décision est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée.

Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué au premier jour du mois de dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions prévues aux articles L. 380-1 et L. 861-1. Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées.

Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable.

Article L861-6

La prise en charge prévue au a de l'article L. 861-4 est assurée par l'organisme qui sert au bénéficiaire les prestations en nature des assurances maladie et maternité, qui ne peut refuser cette prise en charge. Sous réserve des dispositions de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, elle prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5.

Article L861-7

Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 qui souhaitent participer à la protection complémentaire en matière de santé établissent une déclaration dont le modèle est fixé par arrêté.

L'autorité administrative établit et diffuse la liste des organismes participants, en particulier aux associations, services sociaux, organismes à but non lucratif et établissements de santé visés à

l'article L. 861-5.

En cas de manquement aux obligations prévues aux articles L. 861-3 et L. 861-8, l'autorité administrative peut retirer de la liste l'organisme en cause. Les conditions dans lesquelles le retrait est prononcé et le délai au terme duquel une nouvelle déclaration peut être établie sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Article L861-8

Pour les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 qui ont choisi d'adhérer à une mutuelle ou de souscrire un contrat auprès d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance inscrite sur la liste prévue à l'article L. 861-7, l'adhésion ou le contrat, selon l'organisme choisi, prend effet, sous réserve des dispositions de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, au premier jour du mois qui suit la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5. Les organismes en cause ne peuvent subordonner l'entrée en vigueur de cette adhésion ou de ce contrat à aucune autre condition ou formalité que la réception du document attestant l'ouverture de leurs droits.

Article L861-9

Pour la détermination du droit aux dispositions de l'article L. 861-3 et le contrôle des déclarations de ressources effectué à cette fin, les organismes d'assurance maladie peuvent demander toutes les informations nécessaires à l'administration des impôts, aux organismes de sécurité sociale et aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer. Les personnels des organismes sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées. Les informations demandées doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'accomplissement de cette mission, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de ces échanges d'informations.

Article L861-10

I.-En cas de réticence du bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé à fournir les informations requises ou de fausse déclaration intentionnelle, la décision attribuant la protection complémentaire est rapportée. Le rapport de la décision entraîne la nullité des adhésions et contrats prévus au b de l'article L. 861-4.

II.-Paragraphe abrogé.

III.-Toute infraction aux prescriptions des articles L. 861-3 et L. 861-8 est punie d'une amende de 15 000 euros.

IV.-Les organismes prévus à l'article L. 861-4 peuvent obtenir le remboursement des prestations qu'ils ont versées à tort. En cas de précarité de la situation du demandeur, la dette peut être remise ou réduite sur décision de l'autorité administrative compétente. Les recours contentieux contre les décisions relatives aux demandes de remise ou de réduction de dette et contre les décisions ordonnant le reversement des prestations versées à tort sont portés devant la juridiction mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 861-5.

V.-Les dispositions des premier et troisième alinéas de l'article L. 332-1 sont applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé et aux organismes mentionnés à l'article L. 861-4.

Chapitre 2 : Dispositions financières

Article L862-1

Il est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3 et d'assurer la gestion du crédit d'impôt prévu à l'article L. 863-1.

Ce fonds, dénommé : "Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie", est un établissement public national à caractère administratif. Un décret fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement, des représentants d'associations oeuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de protection sociale complémentaire. Ce décret fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.

Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu à l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention.

Le fonds de financement de la protection complémentaire peut employer des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables aux personnels de sécurité sociale.

Article L862-2

Les dépenses du fonds sont constituées :

a) Par le versement aux organismes de sécurité sociale, au titre de chaque trimestre, d'un montant égal au produit de la somme prévue au III de l'article L. 862-4 par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel le versement est effectué, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions

du a de l'article L. 861-4 ;

b) Par les montants des imputations mentionnées au III de l'article L. 862-4 ;

c) Par les frais de gestion administrative du fonds.

Article L862-3

Les recettes du fonds sont constituées par :

a) Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 ;

b) Une dotation budgétaire de l'Etat destinée à équilibrer le fonds ;

c) (Abrogé)

d) (Abrogé)

e) (Abrogé)

Tout ou partie du report à nouveau positif du fonds est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Article L862-4

I. # Il est perçu, au profit du fonds visé à l'article L. 862-1, une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances.

La taxe est assise sur la cotisation correspondant à ces garanties et stipulée au profit d'une mutuelle régie par le code de la mutualité, d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, d'une entreprise régie par le code des assurances ou un organisme d'assurance maladie complémentaire étranger non établi en France mais admis à y opérer en libre prestation de service.

Elle est perçue par l'organisme mentionné au deuxième alinéa ou son représentant fiscal pour le compte des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Toutefois, un autre de ces organismes ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut être désigné par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes. La taxe est liquidée sur le montant des cotisations émises ou, à défaut d'émission, recouvrées, au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements. Elle est versée au plus tard le dernier jour du premier mois qui suit le trimestre considéré.

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget précise les documents à fournir par les organismes mentionnés au deuxième alinéa à l'appui de leurs versements.

II. # Le taux de la taxe est fixé à 6,27 %.

III. # Les organismes visés au deuxième alinéa du I perçoivent, par imputation sur le montant de la taxe collectée selon les dispositions du même I et du II, un montant égal, pour chaque organisme, au

produit de la somme de 92,50 € par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil considéré, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre du b de l'article L. 861-4. Ils perçoivent également, selon la même procédure, un montant correspondant, pour chaque organisme, au quart du crédit d'impôt afférent aux contrats en vigueur le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil.

Article L862-5

La taxe visée aux I et II de l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Le contrôle de l'application par les organismes des dispositions du III de l'article L. 862-4 peut être délégué par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général au fonds institué à l'article L. 862-1.

Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 862-1.

Article L862-6

Lorsque le montant de la taxe collectée en application des I et II de l'article L. 862-4 est inférieur au montant des imputations découlant de l'application du III du même article, les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I du même article demandent au fonds le versement de cette différence au plus tard le dernier jour du premier mois du trimestre considéré. Le fonds procède à ce versement au plus tard le dernier jour du mois suivant.

Article L862-7

Pour l'application des articles L. 862-1 à L. 862-6 :

- a) Le fonds est habilité à procéder à tout contrôle sur les dépenses mentionnées aux a et b de l'article L. 862-2 et les imputations opérées en application du III de l'article L. 862-4 ;
- b) Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues ;
- c) Les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les informations relatives aux cotisations émises ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des imputations mentionnées au III du même article ; ils communiquent au fonds les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 862-6 et l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mises en œuvre au titre du b de l'article L. 861-4 ;
- d) Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds le nombre de personnes prises en charge et le montant des prestations servies au titre du a de l'article L. 861-4 ;

e) L'Autorité de contrôle prudentiel et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 transmettent chaque année, avant le 1er juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement les données nécessaires à l'établissement des comptes des organismes visés au I de l'article L. 862-4.

Sur cette base, le Gouvernement établit un rapport faisant apparaître notamment l'évolution du montant des primes ou cotisations mentionnées à ce même I, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé versées par ces organismes, du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1, du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité.

Ce rapport est remis avant le 15 septembre au Parlement. Il est rendu public.

Article L862-8

Les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 peuvent constituer, par adhésion volontaire, des associations dont l'objet est de mettre en oeuvre, pour le compte des organismes adhérents, les opérations se rattachant aux droits et obligations qui leur incombent en application des articles L. 862-4 à L. 862-7 et dont ils demeurent responsables.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les règles constitutives de ces associations, notamment les conditions de leur composition, leur compétence territoriale, les règles financières qui leur sont applicables ainsi que les clauses types que doivent pour cela respecter leurs statuts. Il définit en outre les modalités de leur agrément et de leur contrôle par l'Etat.

Les organismes qui adhèrent à une association en application du premier alinéa du présent article notifient ce choix à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations du régime général compétent.

Le fonds et les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents disposent, à l'égard des associations constituées en application du présent article, des mêmes pouvoirs de contrôle qu'à l'égard des organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4.

Chapitre 3 : Dispositions relatives à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé.

Article L863-1

Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4 les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance par les personnes résidant en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1 dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues aux articles L. 861-2 et L. 861-2-1, sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et ce même plafond majoré de 35 %. Le montant du plafond applicable au foyer

considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.

Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, au sens de l'article L. 861-1, couvertes par le ou les contrats.

Il est égal à 100 euros par personne âgée de moins de seize ans, à 200 euros par personne âgée de seize à quarante-neuf ans, à 350 euros par personne âgée de cinquante à cinquante-neuf ans et à 500 euros par personne âgée de soixante ans et plus. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année.

Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an.

Article L863-2

La mutuelle, l'entreprise régie par le code des assurances ou l'institution de prévoyance auprès de laquelle le contrat a été souscrit déduit du montant de la cotisation ou prime annuelle le montant du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1.

Le montant du crédit d'impôt ne peut excéder le montant de la cotisation ou de la prime.

Article L863-3

L'examen des ressources est effectué par la caisse d'assurance maladie dont relève le demandeur. La décision relative au droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. La délégation de pouvoir accordée au directeur de la caisse en application du troisième alinéa de l'article L. 861-5 vaut délégation au titre du présent alinéa. L'autorité administrative ou le directeur de la caisse est habilité à demander toute pièce justificative nécessaire à la prise de décision auprès du demandeur. Cette décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la juridiction mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 861-5.

La caisse remet à chaque bénéficiaire une attestation de droit dont le contenu est déterminé par arrêté interministériel. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une institution de prévoyance ou une entreprise régie par le code des assurances, l'intéressé bénéficie de la déduction prévue à l'article L. 863-2.

Article L863-4

Les dispositions de l'article L. 861-9 sont applicables pour la détermination du droit à la déduction prévue à l'article L. 863-2.

Article L863-5

Le fonds mentionné à l'article L. 862-1 rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt.

Article L863-6

Le bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 est subordonné à la condition que les garanties assurées ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ou la franchise annuelle prévue au III du même article.

Article L863-7

Bénéficiaire du label intitulé " Label ACS " les contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées. Les modalités de cette labellisation sont déterminées par une convention conclue, après avis de l'Autorité de la concurrence, entre l'Etat, le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire mentionnée à l'article L. 182-3. Le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 établit, dans des conditions définies par décret, la liste des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le code des assurances offrant de tels contrats. Les caisses d'assurance maladie communiquent cette liste aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.

Chapitre 4 : Dispositions d'application

Article L864-1

Des décrets en Conseil d'Etat déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent titre.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 7 : Contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide.

Article L871-1

Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1^o quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du 13^o de l'article 995 et du 2^o bis de l'article 1001 du même code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du présent code et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L. 161-36-2. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18^o de l'article L. 162-5.

Elles prévoient également la prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 et aux prescriptions de celui-ci.

Elles prévoient également la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires encadrés en

application du I de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 à hauteur du taux maximal de dépassements d'honoraires autorisé par lesdites dispositions conventionnelles.

Partie législative

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 1 : Dispositions générales relatives à la protection sociale complémentaire des salariés

Chapitre 1 : Détermination des garanties complémentaires des salariés

Article L911-1

A moins qu'elles ne soient instituées par des dispositions législatives ou réglementaires, les garanties collectives dont bénéficient les salariés, anciens salariés et ayants droit en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale sont déterminées soit par voie de conventions ou d'accords collectifs, soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

Article L911-2

Les garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-1 ont notamment pour objet de prévoir, au profit des salariés, des anciens salariés et de leurs ayants droit, la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, des risques d'inaptitude et du risque chômage, ainsi que la constitution d'avantages sous forme de pensions de retraite, d'indemnités ou de primes de départ en retraite ou de fin de carrière.

Article L911-3

Les dispositions du titre III du livre Ier du code du travail sont applicables aux conventions et accords collectifs mentionnés à l'article L. 911-1. Toutefois, lorsque les accords ont pour objet exclusif la détermination des garanties mentionnées à l'article L. 911-2, leur extension aux salariés, aux anciens salariés, à leurs ayants droit et aux employeurs compris dans leur champ d'application est décidée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget,

après avis motivé d'une commission dont la composition est fixée par décret.

Article L911-4

Des arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget peuvent élargir, sur demande ou après avis motivé de la commission mentionnée à l'article L. 911-3, tout ou partie des dispositions d'accords étendus conformément à ce même article à des employeurs, à des salariés et anciens salariés et à leurs ayants droit non compris dans le champ d'application de ces accords.

Article L911-5

Les dispositions des articles L. 132-4, L. 132-6 et L. 423-15 du code du travail s'appliquent au projet d'accord proposé par le chef d'entreprise mentionné à l'article L. 911-1. Les conditions dans lesquelles ce projet d'accord est ratifié et adopté et les conditions dans lesquelles l'accord est ensuite modifié, mis en cause à raison notamment d'une fusion, d'une cession ou d'une scission ou d'un changement d'activité ou dénoncé ainsi que la durée du préavis qui doit précéder la dénonciation sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Ce même décret détermine les conditions dans lesquelles une convention ou un accord collectif d'entreprise peut se substituer à une décision unilatérale de l'employeur ou à un accord ratifié mentionné à l'article L. 911-1 ou ce même accord ratifié peut se substituer à la décision unilatérale de l'employeur lorsque ceux-ci mettent en oeuvre les garanties collectives régies par le présent chapitre.

Article L911-6

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

Chapitre 2 : Clauses obligatoires

Article L912-1

Lorsque les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés à l'article L. 911-1 prévoient une mutualisation des risques dont ils organisent la couverture auprès d'un ou plusieurs organismes mentionnés à l'article 1er de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques ou d'une ou plusieurs institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances, auxquels adhèrent alors obligatoirement les entreprises

relevant du champ d'application de ces accords, ceux-ci comportent une clause fixant dans quelles conditions et selon quelle périodicité les modalités d'organisation de la mutualisation des risques peuvent être réexaminées. La périodicité du réexamen ne peut excéder cinq ans.

Lorsque les accords mentionnés ci-dessus s'appliquent à une entreprise qui, antérieurement à leur date d'effet, a adhéré ou souscrit un contrat auprès d'un organisme différent de celui prévu par les accords pour garantir les mêmes risques à un niveau équivalent, les dispositions du second alinéa de l'article L. 132-23 du code du travail sont applicables.

Article L912-2

Lorsque l'accord d'entreprise, l'accord ratifié ou la décision unilatérale de l'employeur désigne celui ou ceux des organismes mentionnés à l'article L. 912-1 qui garantissent la couverture des risques, il comporte une clause déterminant dans quelles conditions et selon quelle périodicité le choix de ces organismes ainsi que des intermédiaires peut être réexaminé. La périodicité du réexamen ne peut excéder cinq ans.

Article L912-3

Lorsque la convention, l'accord ou la décision unilatérale constatée par un écrit relevant de l'article L. 911-1 prévoient la couverture, sous forme de rentes, du décès, de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, ils organisent également, en cas de changement d'organisme d'assurance ou d'institution mentionnée à l'article L. 370-1 du code des assurances, la poursuite de la revalorisation des rentes en cours de service. Lorsque le décès est couvert par ces mêmes conventions, accords ou décisions, ceux-ci organisent le maintien de cette garantie pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail et d'invalidité en cas de changement d'organisme d'assurance ou d'institution mentionnée à l'article L. 370-1 du code des assurances.

Dans ce dernier cas, la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès est au moins égale à celle déterminée par le contrat de l'organisme assureur ou d'une institution mentionnée à l'article L. 370-1 du code des assurances qui a fait l'objet d'une résiliation.

Article L912-4

Les conventions, accords ou décisions unilatérales mentionnés à l'article L. 911-1 qui concernent des pensions de retraite définissent obligatoirement les conditions d'attribution d'une pension de réversion au conjoint séparé de corps ou divorcé non remarié, quelle que soit la cause de la séparation de corps ou du divorce.

En cas d'attribution d'une pension de réversion au conjoint survivant et au conjoint divorcé, les droits de chacun d'entre eux ne pourront être inférieurs à la part qui lui reviendrait si celle-ci était calculée en fonction de la durée respective de chaque mariage.

Chapitre 3 : Clauses prohibées

Article L913-1

Aucune disposition comportant une discrimination fondée sur le sexe ne peut être insérée, à peine de nullité, dans les conventions, accords ou décisions unilatérales relevant de l'article L. 911-1.

L'alinéa précédent ne fait pas obstacle aux dispositions relatives à la protection de la femme en raison de la maternité.

Article L913-2

Aucune disposition entraînant la perte des droits acquis ou en cours d'acquisition à des prestations de retraite, y compris à la réversion, des salariés ou anciens salariés en cas d'insolvabilité de l'employeur ou de transfert d'entreprises, d'établissements ou de parties d'établissements à un autre employeur, résultant d'une cession conventionnelle ou d'une fusion, ne peut être insérée à peine de nullité dans les conventions, accords ou décisions unilatérales mentionnés à l'article L. 911-1.

Article L913-3

Toute clause d'une convention, d'un accord ou d'une décision unilatérale de l'employeur relative à un régime de retraite s'ajoutant aux droits mis en oeuvre par les régimes de retraite complémentaire obligatoires relevant du titre II du présent livre et assurant différemment le maintien des droits à la retraite des salariés, anciens salariés et ayants droit selon que ceux-ci restent sur le territoire français ou vont résider dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen est nulle et de nul effet.

Chapitre 4 : Dispositions communes

Article L914-1

Les dispositions du présent titre sont d'ordre public.

Article L914-2

Les institutions relevant du titre III ou du titre IV du présent livre, les institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances, les organismes mentionnés aux a, c et d de l'article 1er de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et les entreprises qui, dans le cadre de l'article 911-1, constituent au profit des personnes qu'ils assurent ou de leurs salariés des droits à retraite s'ajoutant à ceux mis en oeuvre par les régimes de retraite complémentaire obligatoires relevant du titre II du présent livre sont tenus de notifier à ceux-ci avant le 30 septembre de chaque année les droits qu'ils ont acquis à ce titre au cours de l'année précédente.

Lorsque le salarié quitte l'entreprise avant d'avoir fait liquider ses droits à la retraite, lesdits organismes, institutions ou entreprises lui adressent, dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle les cotisations ne sont plus versées, une note d'information sur ses droits mentionnant notamment les modalités et conditions selon lesquelles il en obtiendra la liquidation et, lorsque le contrat ou le règlement du régime le prévoit, les conditions et délais de leur transfert à un autre régime.

Article L914-3

Le versement par une institution relevant du titre III ou du titre IV du présent livre, les institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances, un des organismes mentionnés aux a, c et d de l'article 1er de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 précitée ou par toute entreprise, aux salariés, anciens salariés et ayants droit résidant dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, de prestations ou avantages d'invalidité, de retraite ou en cas de décès, est effectué net de taxes et d'éventuels frais de transaction.

Article L914-4

Les salariés détachés temporairement par leur employeur dans un Etat membre de la communauté européenne ou dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen pour y exercer une activité salariée ou assimilée en application des dispositions du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté doivent pouvoir demeurer soumis pendant la période de détachement aux dispositions des régimes d'invalidité, de retraite ou en cas de décès institués conformément à l'article L. 911-1, applicables à l'entreprise.

Les salariés d'un autre Etat membre de la communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen détachés temporairement, par leur employeur, sur le territoire français, pour y exercer une activité salariée ou assimilée en application des dispositions du règlement mentionné au premier alinéa et qui continuent à verser des cotisations à un régime complémentaire dans cet Etat sont exemptés, ainsi que leur employeur, de cotiser aux régimes d'invalidité, de retraite ou en cas de décès institués conformément aux dispositions de l'article L. 911-1, applicables à l'entreprise de détachement.

Partie législative

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 2 : Dispositions relatives aux retraites complémentaires obligatoires, aux institutions de retraite complémentaire et à leurs fédérations

Chapitre 1 : Dispositions relatives à la généralisation de la retraite complémentaire des salariés

Article L921-1

Les catégories de salariés soumis à titre obligatoire à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale ou des assurances sociales agricoles et les anciens salariés de même catégorie, qui ne relèvent pas d'un régime complémentaire de retraite géré par une institution de retraite complémentaire autorisée en vertu du présent titre ou du I de l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime sont affiliés obligatoirement à une de ces institutions. Ces dispositions sont applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 382-15 qui bénéficient d'un revenu d'activité perçu individuellement.

Une solidarité interprofessionnelle et générale sera organisée entre les institutions, en application conjointe, s'il y a lieu, des procédures définies par l'article L. 911-4 du présent code et l'article L. 727-3 du code rural et de la pêche maritime.

Cette solidarité s'étend aux opérations visées au dernier alinéa de l'article L. 922-1 du présent code.

Article L921-2

Des décrets fixent, en tant que de besoin, les conditions d'affiliation à un régime de retraite complémentaire des salariés et anciens salariés auxquels les procédures fixées à l'article L. 911-4 du présent code et à l'article L. 727-3 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas applicables notamment dans les secteurs professionnels dotés d'un régime complémentaire de retraite défini par voie réglementaire.

Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 921-4 ne sont pas applicables aux régimes de retraite complémentaire visés au premier alinéa du présent article.

Les dispositions du second alinéa de l'article L. 921-4 relatives à l'adhésion aux fédérations et à la compensation des opérations des institutions de retraite complémentaire ne sont pas applicables aux institutions qui mettent en oeuvre les régimes visés au premier alinéa du présent article aussi longtemps que celles-ci ne participent pas à une telle compensation.

Article L921-3

Les services antérieurs à leur affiliation résultant de l'application du présent chapitre, accomplis par les salariés et anciens salariés mentionnés à l'article L. 921-1, sont validés par les institutions de rattachement conformément aux règles auxquelles sont soumises ces institutions.

Article L921-4

Les régimes de retraite complémentaire des salariés relevant du présent chapitre sont institués par des accords nationaux interprofessionnels étendus et élargis conformément aux dispositions du titre Ier du présent livre.

Ils sont mis en oeuvre par des institutions de retraite complémentaire et des fédérations regroupant ces institutions. Les fédérations assurent une compensation des opérations réalisées par les institutions de retraite complémentaire qui y adhèrent.

Chapitre 2 : Dispositions relatives aux institutions de retraite complémentaire, à leurs fédérations et à leurs opérations

Section 1 : Institutions de retraite complémentaire

Article L922-1

Les institutions de retraite complémentaire sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif et remplissant une mission d'intérêt général, administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants, tels que définis à l'article L. 922-2, ou par leurs représentants. Elles sont autorisées à fonctionner par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Sous réserve des dispositions de l'article L. 921-2, elles réalisent les opérations de gestion qu'implique la mise en oeuvre des régimes relevant du chapitre Ier du présent titre, conformément aux dispositions des statuts et règlements de la fédération à laquelle elles adhèrent.

Elles peuvent également mettre en oeuvre au profit de leurs membres participants une action sociale.

Elles peuvent intervenir pour la partie des prestations servies par des régimes spéciaux existant avant le 6 octobre 1945, équivalente aux prestations d'assurance vieillesse qu'elles servent à leurs assurés. Cette intervention est organisée par voie de conventions financières, soumises à l'approbation des ministres de tutelle des régimes de sécurité sociale concernés.

Article L922-2

La ou les entreprises qui adhèrent à une institution de retraite complémentaire en deviennent membres adhérents.

L'adhésion d'une entreprise à une institution de retraite complémentaire entraîne l'affiliation de tous les salariés visés à l'article L. 921-1 qui appartiennent à la catégorie couverte par l'institution. Ces salariés en deviennent membres participants ainsi que les anciens salariés et assimilés bénéficiaires directs d'avantages de retraite complémentaire.

Article L922-3

Les institutions de retraite complémentaire ne peuvent pratiquer d'opérations autres que celles relatives aux régimes de retraite complémentaire relevant du présent titre.

Section 2 : Fédérations d'institutions de retraite complémentaire

Article L922-4

Les fédérations d'institutions de retraite complémentaire sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif et remplissant une mission d'intérêt général, administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants, tels que définis à l'article L. 922-2, ou par leurs représentants.

Elles sont autorisées à fonctionner par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Elles ont pour objet de mettre en oeuvre les dispositions prévues par les accords mentionnés à l'article L. 921-4 ainsi que les décisions prises pour leur application par les représentants des employeurs et des salariés signataires de ces accords, réunis à cet effet en commission paritaire, et, notamment, de réaliser une compensation des opérations réalisées par les institutions de retraite complémentaire qui y adhèrent.

Article L922-5

Les fédérations d'institutions de retraite complémentaire exercent, dans l'intérêt des adhérents et des participants, un contrôle sur les institutions qui y adhèrent.

Lorsque cela est nécessaire à la vérification de la situation financière des institutions mentionnées au premier alinéa et du respect de leurs engagements, ce contrôle peut être étendu aux groupements dont ces institutions sont membres ainsi qu'aux personnes morales liées directement et indirectement à une institution par convention.

Les résultats de ces contrôles sont transmis aux commissaires aux comptes des institutions de retraite complémentaire concernées.

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article.

Section 3 : Dispositions communes

Article L922-6

Les statuts et règlements de retraite des institutions de retraite complémentaire et ceux de leurs fédérations sont approuvés, ainsi que leurs modifications, par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article L922-7

Les articles L. 243-4 et L. 243-5 s'appliquent aux cotisations versées aux institutions de retraite complémentaire.

Le premier alinéa de l'article L. 355-2 s'applique aux prestations servies par ces institutions.

Article L922-8

Les articles L. 931-9, L. 931-14, L. 931-15, L. 931-25, L. 931-26 et L. 931-27 s'appliquent aux institutions de retraite complémentaire et à leurs fédérations.

Article L922-9

Les dispositions de l'article L. 931-13 sont applicables aux institutions de retraite complémentaire ainsi qu'à leurs fédérations.

Toutefois, pour l'application dudit article et par dérogation aux dispositions du troisième alinéa de l'article L. 823-12 du code de commerce, les commissaires aux comptes des institutions de retraite complémentaire adhérentes à une fédération sont déliés du secret professionnel à l'égard de ladite fédération pour les faits, actes et renseignements dont ils ont pu avoir connaissance à raison de leurs fonctions.

Article L922-10

Les dispositions de l'article L. 913-1 sont applicables aux statuts et règlements de retraite des institutions de retraite complémentaire et de leurs fédérations.

Article L922-11

Est réputée non écrite et nulle de plein droit, toute disposition des statuts ou du règlement d'une institution de retraite mentionnée soit au présent titre, soit au I de l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime intéressant le personnel salarié d'une ou de plusieurs professions, lorsque cette disposition emporte la perte des droits à la retraite d'un salarié pour changement de profession.

Les régimes mentionnés à l'alinéa précédent doivent, s'il y a lieu, modifier leurs dispositions pour définir les nouvelles modalités assurant la sauvegarde des droits de leurs adhérents.

Lorsqu'un salarié a été affilié successivement à plusieurs institutions mentionnées à l'alinéa premier, chacune d'elles doit, pour l'appréciation des conditions d'ouverture du droit à la retraite prévues par ses statuts ou règlements, tenir compte, quelle qu'en soit la durée, des périodes d'affiliation aux autres institutions. Si le droit à retraite est ouvert auprès d'une ou plusieurs institutions par application de ces dispositions, chacune de ces institutions calcule les avantages de retraite à sa charge suivant les règles prévues par ses statuts ou règlements et sur la base des périodes validables par elle. Toutefois, les statuts ou règlements peuvent prévoir que les périodes d'affiliation inférieures à une durée minimale fixée par décret en Conseil d'Etat ne donnent pas lieu au versement des prestations correspondantes.

Ces dispositions qui sont d'ordre public s'appliquent aux anciens salariés ayant appartenu à des professions ressortissant de régimes ou institutions prévus au premier alinéa.

Un décret fixe les modalités d'application des dispositions ci-dessus.

Article L922-12

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions auxquelles est subordonné l'octroi de l'autorisation de fonctionner prévue aux articles L. 922-1 et L. 922-4.

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 951-10, l'autorisation peut être retirée par l'autorité compétente de l'Etat en cas de modification substantielle des données au vu desquelles elle avait été délivrée.

Pour les institutions autres que celles qui sont dans le champ de compétence de la commission prévue à l'article L. 951-1, un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions auxquelles est subordonné le retrait de l'autorisation.

Article L922-13

Un décret en Conseil d'Etat détermine les règles de fonctionnement et les conditions de la liquidation des institutions et fédérations régies par le présent titre.

Article L922-14

Les institutions de retraite complémentaire et les fédérations d'institutions de retraite complémentaire sont soumises au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales.

Partie législative

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 3 : Institutions de prévoyance et opérations de ces institutions

Chapitre 1 : Institutions de prévoyance

Section 1 : Dispositions générales

Article L931-1

Les institutions de prévoyance sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif, administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants définis à l'article L. 931-3.

Elles ont pour objet :

- a) De contracter envers leurs participants des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, de s'engager à verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants ou de faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation et de contracter à cet effet des engagements déterminés ;
- b) De couvrir les risques de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie ;
- c) De couvrir le risque chômage.

Une même institution ne peut toutefois effectuer les opérations mentionnées aux a et c du présent article.

Les institutions de prévoyance peuvent accepter ces mêmes engagements et risques en réassurance.

Elles peuvent mettre en oeuvre au profit de leurs membres participants une action sociale qui, lorsqu'elle se traduit par l'exploitation de réalisations sociales collectives, doit être gérée par une ou

plusieurs personnes morales distinctes de l'institution.

Elles garantissent à leurs membres participants le règlement intégral des engagements qu'elles contractent à leur égard.

Elles sont constituées sur la base d'une convention ou d'un accord collectif, d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise et ratifié à la majorité des intéressés ou par accord entre des membres adhérents et des membres participants réunis à cet effet en assemblée générale.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article et notamment les règles de constitution du fonds d'établissement dont chaque institution doit disposer.

Article L931-1-1

I.-La réassurance est l'activité d'un organisme, autre qu'un véhicule de titrisation mentionné à l'article L. 310-1-2 du code des assurances, qui consiste à accepter des risques d'assurance cédés, soit par les institutions de prévoyance régies par les dispositions du titre III du livre IX du présent code, soit par les mutuelles ou unions régies par le livre II du code de la mutualité, soit par une entreprise d'assurance ou par une entreprise de réassurance.

La réassurance financière limitée (dite " réassurance finite ") est la réassurance en vertu de laquelle la perte maximale potentielle du réassureur, découlant d'un transfert significatif à la fois des risques liés à la souscription et des risques liés à l'échéance des paiements, excède, à concurrence d'un montant important mais limité, les primes dues par la cédante sur toute la durée du contrat. Cette réassurance présente en outre l'une au moins des deux caractéristiques suivantes :

1° Elle prend en compte explicitement la valeur temporelle de l'argent ;

2° Elle prévoit un partage contractuel qui vise à lisser dans le temps les répercussions économiques du transfert du risque réassuré en vue d'atteindre un niveau déterminé de transfert de risque.

II.-Outre les institutions de prévoyance mentionnées à l'article L. 931-1, sont autorisées à exercer en France l'activité de réassurance, les institutions de prévoyance et leurs unions ayant la réassurance pour activité exclusive, dont le siège social est situé en France et qui sont agréées dans les conditions définies à l'article L. 931-4-1.

Article L931-2

Des institutions de prévoyance prenant des engagements ou couvrant des risques de même nature peuvent constituer des unions dont l'objet est de soit de mutualiser des engagements ou de couvrir des risques déterminés, soit de réassurer intégralement les opérations relatives aux bulletins d'adhésion à des règlements ou contrats souscrits par ces institutions. Dans tous les cas, ces unions ne peuvent être constituées qu'entre institutions de prévoyance régies par les dispositions du présent titre.

Dans le premier cas, l'union garantit les engagements ou couvre les risques ainsi déterminés au bénéfice des membres participants des institutions qui en sont membres. Dans le second cas, les institutions membres s'engagent à céder à l'union, par un traité de réassurance, l'intégralité des engagements ou risques qu'elles garantissent ou couvrent, l'union donnant aux institutions sa caution solidaire. L'union a une personnalité civile distincte de celle des institutions qui en sont

membres. Elle est agréée par le l'Autorité de contrôle prudentiel et régie pour son fonctionnement ainsi que pour les opérations qu'elle réalise par les dispositions du présent titre, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat. Les opérations pour lesquelles les unions se portent caution solidaire sont considérées comme garantissant des engagements ou couvrant des risques directs pour l'application du présent chapitre.

Article L931-3

Les membres adhérents d'une institution de prévoyance sont la ou les entreprises ayant adhéré à un règlement de l'institution ou souscrit un contrat auprès de celle-ci.

Est considérée comme entreprise, au sens du présent titre, toute personne physique ou morale qui emploie un ou plusieurs salariés.

Les membres participants comprennent :

1° Les salariés affiliés à l'institution sur la base des dispositions des articles L. 932-1 et L. 932-14 ;

2° Les anciens salariés de membres adhérents ainsi que leurs ayants droit qui sont affiliés à l'institution sur la base des dispositions de l'article L. 932-14 ;

3° Les personnes visées aux 1° et 2° à compter de la date à laquelle l'institution a liquidé la ou les prestations auxquelles elles ont droit.

Est considérée comme salariée, au sens du présent titre, toute personne relevant des articles L. 311-2 et L. 311-3 du présent code et de l'article 1144 du code rural (1).

Article L931-3-1

Sont également membres adhérents les groupements d'épargne retraite populaire qui ont adhéré à un règlement ou souscrit un contrat en vue de la réalisation de leur objet auprès d'une institution au bénéfice des membres participants de celle-ci et de leurs ayants droit.

Article L931-3-2

I.-Aucune différence en matière de cotisations et de prestations ne peut être fondée sur le sexe.

L'alinéa précédent ne fait pas obstacle à l'attribution aux femmes de prestations liées à la grossesse et à la maternité.

Par dérogation au premier alinéa, le ministre chargé de la sécurité sociale peut autoriser par arrêté des différences de cotisations et de prestations fondées sur la prise en compte du sexe et proportionnées aux risques lorsque des données actuarielles et statistiques pertinentes et précises établissent que le sexe est un facteur déterminant dans l'évaluation du risque d'assurance.

Les institutions de prévoyance et leurs unions ne sont pas soumises aux dispositions de l'alinéa précédent pour les opérations individuelles relatives au remboursement ou à l'indemnisation des

frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

II.-Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les conditions dans lesquelles les données mentionnées au troisième alinéa du I sont collectées ou répertoriées par les organismes professionnels mentionnés à l'article L. 132-9-2 du code des assurances et les conditions dans lesquelles elles leur sont transmises. Ces données régulièrement mises à jour sont publiées dans des conditions fixées par cet arrêté et au plus tard à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté mentionné au troisième alinéa du I.

Par dérogation, les données mentionnées au troisième alinéa du I peuvent, s'agissant des risques liés à la durée de la vie humaine, prendre la forme de tables homologuées et régulièrement mises à jour par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou de tables établies ou non par sexe par l'institution de prévoyance ou l'union et certifiées par un actuaire indépendant de celle-ci, agréé à cet effet par l'une des associations d'actuaire reconnues par l'autorité de contrôle instituée à l'article L. 951-1.

III.-Le présent article s'applique aux opérations individuelles souscrites à compter de sa date d'entrée en vigueur. Par dérogation, il s'applique aux stocks de contrats de rentes viagères, y compris celles revêtant un caractère temporaire, en cours à sa date d'entrée en vigueur.

Section 2 : Agrément administratif

Article L931-4

Les institutions de prévoyance et les unions ne peuvent commencer leurs opérations qu'après avoir obtenu un agrément délivré par l'Autorité de contrôle prudentiel.

L'agrément est accordé, sur demande de l'institution ou de l'union, pour les opérations d'une ou de plusieurs branches d'activité. L'institution ou l'union ne peut pratiquer que les opérations pour lesquelles elle est agréée.

Les bulletins d'adhésion aux règlements et les contrats souscrits en infraction aux dispositions des deux alinéas précédents sont nuls. Toutefois, cette nullité n'est pas opposable, lorsqu'ils sont de bonne foi, aux adhérents, participants et bénéficiaires.

Les dispositions des trois premiers alinéas du présent article s'appliquent en cas d'extension de l'activité de l'institution ou l'union.

Les opérations d'acceptation en réassurance ne sont pas soumises à l'agrément.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles les dispositions du présent chapitre sont applicables aux institutions ou aux unions pratiquant à la fois les opérations mentionnées au a et au b de l'article L. 931-1 en vue, notamment, d'assurer une gestion distincte, pour la protection des intérêts des participants et bénéficiaires, de chacune de ces deux catégories d'opérations.

Avant l'octroi d'un agrément à une institution de prévoyance ou union régie par le titre III du livre IX du présent code qui est :

a) Soit un organisme subordonné à un organisme assureur ou de réassurance agréé dans un autre Etat membre ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

b) Soit un organisme subordonné à l'organisme de référence d'un organisme assureur ou de réassurance agréé dans un autre Etat membre ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

c) Soit un organisme contrôlé par une personne, physique ou morale, qui contrôle également un organisme assureur ou de réassurance agréé dans un autre Etat membre ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Les autorités compétentes de l'autre Etat membre ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen concerné sont consultées.

Article L931-4-1

I.-Les institutions de prévoyance et unions mentionnées au II de l'article L. 931-1-1, qui ont la réassurance pour activité exclusive et dont le siège social est situé en France, ne peuvent commencer leurs opérations qu'après avoir obtenu un agrément administratif délivré par l'Autorité de contrôle prudentiel.

L'agrément est accordé sur demande de l'institution de prévoyance ou de l'union pour la réassurance des opérations relevant soit du a, soit du b et du c de l'article L. 931-1, soit pour la réassurance de l'ensemble de ces opérations.

II.-Avant l'octroi d'un agrément à une institution de prévoyance ou union ayant la réassurance pour activité exclusive qui est :

a) Soit un organisme subordonné à un organisme assureur ou de réassurance agréé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

b) Soit un organisme subordonné à l'organisme de référence d'un organisme assureur ou de réassurance agréé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

c) Soit un organisme contrôlé par une personne, physique ou morale, qui contrôle également un organisme assureur ou de réassurance agréé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen,

L'Autorité de contrôle prudentiel consulte les autorités compétentes de l'autre Etat membre de la Communauté européenne ou de l'autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen concerné.

Article L931-5

Pour accorder ou refuser l'agrément prévu aux articles L. 931-4 et L. 931-4-1, l'Autorité de contrôle prudentiel prend en compte :

1° La convention ou l'accord sur la base duquel l'institution a été constituée en application de l'article L. 931-1 ou, pour l'union, la délibération concordante en assemblée générale constitutive visée à l'article R. 931-1-4 ;

2° Les moyens techniques et financiers dont la mise en oeuvre est proposée et leur adéquation au programme d'activité de l'institution ou de l'union ;

3° L'honorabilité et la qualification ou l'expérience professionnelle des personnes chargées de la diriger appréciées dans les conditions définies à l'article L. 931-9 ;

4° Les modalités de constitution de son fonds d'établissement ;

5° L'engagement d'adhérer au fonds paritaire de garantie prévu à l'article L. 931-35.

L'Autorité de contrôle prudentiel refuse l'agrément lorsque l'exercice de la mission de surveillance de l'institution ou de l'union est susceptible d'être entravé soit par l'existence de liens de contrôle directs ou indirects entre l'institution ou l'union requérante et d'autres personnes physiques ou morales, soit par l'existence de dispositions législatives, réglementaires ou administratives d'un Etat qui n'est pas partie à l'accord sur l'Espace économique européen et dont relèvent une ou plusieurs de ces personnes.

L'octroi de l'agrément peut être subordonné au respect d'engagements souscrits par l'institution ou l'union requérante.

Article L931-6

L'Autorité de contrôle prudentiel se prononce sur une demande d'agrément présentée par une institution ou union qui est soit :

- a) Un organisme subordonné à un établissement de crédit agréé ou d'une entreprise d'investissement agréée dans un Etat membre ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
- b) Un organisme subordonné à l'organisme de référence d'une entreprise d'investissement agréée ou d'un établissement de crédit agréé dans un Etat membre ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
- c) Contrôlée par une personne, physique ou morale, qui contrôle également une entreprise d'investissement agréée ou un établissement de crédit agréé dans un Etat membre ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

Elle consulte l'autorité chargée de la surveillance des établissements de crédit ou des entreprises d'investissement de l'Etat concerné.

Article L931-8-1

Pour l'application du présent titre ainsi que du titre V du livre IX du présent code, les Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen non membres de la Communauté européenne sont assimilés, sous réserve de réciprocité, aux Etats membres de la Communauté européenne.

Section 3 : Fonctionnement

Article L931-9

Nul ne peut administrer ou diriger une institution de prévoyance :

1° S'il a fait l'objet d'une condamnation définitive :

a) Pour crime,

b) Pour délits prévus aux articles 432-11, 433-1, 433-2, 433-3, 441-1 du code pénal, L. 152-6 du code du travail et L. 443-2 du code de commerce,

c) Pour vol, escroquerie, abus de confiance,

d) Pour délits prévus par des lois spéciales et punis des peines de l'escroquerie, de l'abus de confiance ou prévus par la loi n° 83-628 du 12 juillet 1983 relative aux jeux de hasard,

e) Pour soustractions commises par dépositaires publics, extorsion de fonds ou valeurs, banqueroute,

f) Pour infractions aux articles L. 313-5 du code de la consommation et L. 353-1 du code monétaire et financier, aux prêts d'argent et à certaines opérations de démarchage et de publicité, infractions à l'article L. 353-4 du code monétaire et financier, infractions à l'article L. 573-8 du code monétaire et financier,

g) Pour recel des choses provenant des crimes ou délits visés ci-dessus ou des choses qui en sont le produit,

h) Pour infractions visées aux articles L. 571-3 à L. 571-9 et L. 571-14 à L. 571-16 du code monétaire et financier,

i) Pour infractions aux articles 222-34 à 222-41 du code pénal et 415 du code des douanes ;

2° S'il a fait l'objet d'une condamnation définitive à trois mois d'emprisonnement au moins sans sursis pour infraction aux dispositions du décret du 30 octobre 1935 unifiant le droit en matière de chèques et relatif aux cartes de paiement ;

3° S'il a fait l'objet d'une condamnation prononcée par une juridiction étrangère et passée en force de chose jugée, constituant d'après la loi française une condamnation pour l'un des crimes ou délits mentionnés au présent article ; le tribunal correctionnel du domicile du condamné apprécie à la requête du ministère public la régularité et la légalité de cette décision et statue en chambre du conseil, l'intéressé dûment appelé, sur l'application en France de l'interdiction ;

4° Si une mesure de faillite personnelle ou une autre mesure d'interdiction prévue aux articles L. 625-1 à L. 625-10 du code de commerce ou, dans le régime antérieur, à l'article 108 de la loi n° 67-563 du 13 juillet 1967 sur le règlement judiciaire, la liquidation des biens, la faillite personnelle et les banqueroutes a été prononcée à son égard ou s'il a été déclaré en état de faillite par une juridiction étrangère quand le jugement déclaratif a été déclaré exécutoire en France et s'il n'a pas

été réhabilité ;

5° S'il a fait l'objet d'une mesure de destitution de fonction d'officier ministériel en vertu d'une décision judiciaire.

Ces interdictions peuvent également être prononcées par les tribunaux à l'encontre de toute personne condamnée pour infraction à la législation ou à la réglementation relative aux institutions de prévoyance, aux sociétés d'assurance régies par le code des assurances et aux mutuelles régies par le code de la mutualité.

Les personnes appelées à fonder, diriger ou administrer une institution de prévoyance ou un groupement paritaire de prévoyance doivent posséder la qualification et l'honorabilité nécessaires à leur fonction.

Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel est amenée à se prononcer sur l'honorabilité, la compétence et l'expérience de dirigeants et d'administrateurs qui exercent également ces mêmes fonctions au sein d'entités autres que celles mentionnées au premier alinéa et appartenant au même groupe au sens de l'article L. 933-2, elle consulte les autorités compétentes au titre de ces autres entités. Elle communique à ces autorités les informations utiles à l'exercice de leurs missions.

Article L931-9-1

L'administration centrale des institutions de prévoyance doit être située sur le même territoire national que leur siège statutaire.

Article L931-10

Les organismes mentionnés au premier alinéa de l'article 24 de la loi n° 78-741 du 13 juillet 1978 relative à l'orientation de l'épargne vers le financement des entreprises peuvent consentir aux institutions de prévoyance des prêts participatifs dans les conditions fixées par le titre IV de ladite loi.

Article L931-11

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, les institutions de prévoyance sont subrogées jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du participant, du bénéficiaire ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Article L931-12

Les institutions de prévoyance peuvent émettre des titres participatifs dans les conditions prévues par les articles L. 228-36 et L. 228-37 du code de commerce.

Pour l'application de ces dispositions, les mots : "assemblée d'actionnaires ou de porteurs de parts" désignent l'"assemblée générale des membres adhérents et participants" ou, pour les institutions ne disposant pas d'une assemblée générale, le "conseil d'administration", et le mot "actionnaires" désigne les "membres adhérents et participants".

En ce qui concerne leur rémunération, la partie variable de ces titres participatifs ne peut être calculée par référence à un critère représentatif du volume d'activité de l'institution émettrice.

Article L931-13

Les institutions de prévoyance sont soumises au contrôle d'un ou de plusieurs commissaires aux comptes.

Elles nomment au moins un commissaire aux comptes et un suppléant, choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 225-219 du code de commerce sur les sociétés commerciales, qui exercent leurs fonctions dans les conditions prévues par cette loi, sous réserve des adaptations rendues nécessaires par le statut juridique des institutions et qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les dispositions de l'article L. 242-27 du code de commerce sont applicables.

Article L931-13-1

Les dispositions de l'article L. 322-2-4 du code des assurances sont applicables aux institutions de prévoyance.

Article L931-14

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 823-19 du code de commerce, le comité spécialisé mentionné à cet article peut comprendre deux membres au plus qui ne font pas partie du conseil d'administration mais qui sont désignés par lui à raison de leurs compétences.

Article L931-14-1

Outre les personnes et entités contrôlées au sens de l'article L. 233-16 du code de commerce, sont exemptées des obligations mentionnées à l'article L. 823-19 du même code les personnes et entités liées à un organisme de référence au sens du 1° de l'article L. 933-2 lorsque l'organisme de référence est lui-même soumis à ces obligations.

Article L931-15

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application de la présente section ainsi que les règles générales du contrôle interne des institutions de prévoyance et les conditions dans lesquelles leur sont applicables les dispositions de la sous-section 1 de la section 2 et de la section 3 du chapitre V du titre II du livre II du code de commerce. Ce décret prend en compte le caractère paritaire et non lucratif des institutions de prévoyance ainsi que leur appartenance, le cas échéant, à un groupement paritaire de prévoyance tel que défini à l'article L. 933-5.

Section 4 : Transfert de portefeuille - Fusion et scission

Article L931-16

Les institutions de prévoyance et leurs succursales peuvent, dans les conditions définies au présent article, transférer tout ou partie de leur portefeuille de bulletins d'adhésion à des règlements ou de contrats couvrant des risques ou des engagements situés sur le territoire d'un Etat membre de la Communauté européenne avec ses droits et obligations à une ou plusieurs des institutions de prévoyance ou de leurs succursales, à une ou plusieurs des entreprises d'assurance françaises ou de leurs succursales régies par le code des assurances, à une ou plusieurs des mutuelles ou unions ou de leurs succursales régies par le livre II du code de la mutualité, à une ou plusieurs des entreprises d'assurance dont l'Etat d'origine est membre de la Communauté européenne ou de leurs succursales établies sur le territoire de celles-ci ou à une ou plusieurs entreprises d'assurance établies dans l'Etat du risque ou de l'engagement et agréés dans cet Etat.

La demande de transfert est portée à la connaissance des créanciers par un avis publié au Journal officiel de la République française, qui leur impartit un délai de deux mois pour présenter leurs observations. L'Autorité de contrôle prudentiel approuve le transfert s'il lui apparaît que le transfert ne préjudicie pas aux intérêts des créanciers, des adhérents, des participants et des bénéficiaires.

L'Autorité de contrôle prudentiel n'approuve le transfert que si l'entreprise cessionnaire dispose, compte tenu du transfert, de la marge de solvabilité nécessaire. Toutefois, lorsque l'Etat d'origine de l'entreprise cessionnaire est partie à l'accord sur l'Espace économique européen, cette approbation est prise après avis des autorités de contrôle de cet Etat.

Lorsque les risques ou les engagements transférés sont situés dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen autre que la France, l'Autorité de contrôle prudentiel recueille préalablement l'avis de l'autorité de contrôle de l'Etat où est située la succursale.

Pour les transferts concernant des opérations relevant de l'assurance vie, cette approbation est, en outre, fondée sur les données de l'état prévu à l'article L. 931-32.

L'approbation rend le transfert opposable aux adhérents, participants et bénéficiaires de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats ainsi qu'aux créanciers, et écarte l'application du droit de surenchère prévu par l'article L. 141-19 du code de commerce. Le transfert est opposable à partir de la date de publication de l'approbation mentionnée au deuxième alinéa du présent article. Les entreprises adhérentes et les participants affiliés à titre individuel ont la faculté de résilier l'adhésion ou le contrat dans le délai d'un mois suivant la date de cette publication. Toutefois, cette faculté de résiliation n'est pas offerte aux adhérents lorsque l'adhésion résulte d'une convention de branche ou d'un accord professionnel ou interprofessionnel.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article ainsi que les modalités particulières de transfert des actifs relatifs à des opérations dépendant de la durée de la vie humaine et de calcul de participation aux excédents afférents à ces actifs.

Article L931-16-1

Les institutions et leurs unions ainsi que leurs succursales exerçant une activité de réassurance peuvent, dans les conditions définies au présent article, transférer tout ou partie de leur portefeuille de contrats ou de sinistres à payer à une ou plusieurs institutions de prévoyance régies par le présent code, à une ou plusieurs mutuelles ou unions régies par le livre II du code de la mutualité et à une ou plusieurs entreprises de réassurance ou d'assurance ayant leur siège social en France, dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'Espace économique européen ou à leurs succursales établies sur le territoire de l'Espace économique européen.

L'Autorité de contrôle prudentiel n'approuve le transfert sollicité que si les autorités compétentes de l'Etat où le cessionnaire a son siège social attestent que celui-ci possède, compte tenu du transfert, la marge de solvabilité nécessaire.

L'institution, l'union ou la succursale qui transfère son portefeuille en informe les organismes réassurés.

Article L931-17

Lorsqu'elle ne comporte pas de transfert de portefeuille, la fusion ou la scission d'institutions de prévoyance est soumise à l'approbation préalable lde 'Autorité de contrôle prudentiel selon des modalités et dans des délais fixés par décret en Conseil d'Etat.

Section 5 : Redressement et sauvegarde

Article L931-18

L'Autorité de contrôle prudentiel peut exiger de l'organisme une marge de solvabilité plus importante que celle prescrite par la réglementation afin que l'organisme soit rapidement en mesure de satisfaire à l'ensemble des exigences de solvabilité. Le niveau de cette exigence supplémentaire de marge de solvabilité est déterminé selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

L'Autorité de contrôle prudentiel peut, par organisme, revoir à la baisse les éléments admis à constituer la marge de solvabilité dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L931-18-1

Les mesures d'assainissement et les procédures de liquidation prises par l'autorité française compétente à l'égard d'une institution de prévoyance produisent tous leurs effets sur le territoire des autres Etats membres de la Communauté européenne, sous réserve de dispositions contraires prévues par les lois de ces Etats, ainsi que le prévoit la directive 2001/17/CE du Parlement européen et du Conseil du 19 mars 2001 concernant l'assainissement et la liquidation des entreprises d'assurance.

Les mesures d'assainissement mentionnées au premier alinéa sont, lorsqu'elles affectent les droits préexistants des parties autres que l'organisme d'assurance lui-même :

1° Les mesures visées aux 2°, 3° et 4° de l'article L. 612-33 du code monétaire et financier ;

2° La sanction prévue au 3° de l'article L. 612-39 du code monétaire et financier, le retrait partiel d'agrément prévu au 6° du même article ;

3° (abrogé)

4° La procédure de sauvegarde ou de redressement judiciaire mentionnée au livre VI du code de commerce.

Section 6 : Retrait de l'agrément administratif

Article L931-19

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 612-39 du code monétaire et financier, l'agrément prévu à l'article L. 931-4 peut être retiré par l'Autorité de contrôle prudentiel en cas d'absence prolongée d'activité ou de rupture de l'équilibre entre les moyens financiers de l'institution de prévoyance et son activité.

Article L931-19-1

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 612-39 du code monétaire et financier, l'agrément prévu à l'article L. 931-4-1 peut être retiré par l'Autorité de contrôle prudentiel lorsque l'institution ou l'union :

- a) Renonce expressément à l'agrément, n'en fait pas usage dans un délai d'un an ou a cessé d'exercer son activité pendant une période de six mois ;
- b) Ne satisfait plus aux conditions d'agrément définies à l'article L. 931-5.

Section 7 : Dissolution - Liquidation

Article L931-20

En cas de dissolution d'une institution de prévoyance non motivée par un retrait d'agrément, l'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu, par décision de l'assemblée générale ou, lorsque l'institution ne dispose pas d'une assemblée générale, par décision du conseil d'administration, soit à des institutions régies par le présent livre, soit à des associations reconnues d'utilité publique.

Article L931-20-1

En cas de liquidation d'une institution ou union ayant la réassurance pour activité exclusive, les engagements résultant des contrats souscrits par l'intermédiaire d'une succursale ou en libre prestation de services sont exécutés de la même façon que les engagements résultant des autres contrats de réassurance de cet organisme.

Article L931-21

La décision de l'Autorité de contrôle prudentiel prononçant le retrait total de l'agrément emporte de plein droit, à dater de sa publication, la dissolution de l'institution de prévoyance ou de l'union.

Dans ce cas, la liquidation judiciaire est ouverte à la requête de l'Autorité de contrôle prudentiel. La liquidation est régie par le chapitre II du titre II du livre VI du code de commerce, sous réserve des dispositions du présent chapitre.

L'Autorité de contrôle désigne un liquidateur chargé de la vérification des créances d'assurance, ainsi que de l'inventaire des actifs directement liés aux passifs, tels que les créances à l'égard des assurés, des cédantes, des réassureurs et des co-assureurs.

Le tribunal désigne parallèlement en tant que liquidateur, lors du jugement d'ouverture, un ou plusieurs mandataires de justice, qui peuvent être choisis en dehors de la liste des mandataires judiciaires. Ce liquidateur est chargé de l'inventaire des autres actifs et des opérations de liquidation.

Le tribunal désigne par la même décision un juge-commissaire chargé de contrôler les opérations de liquidation. Ce juge est assisté, dans l'exercice de sa mission, par un ou plusieurs commissaires désignés par l'Autorité de contrôle prudentiel.

Le juge-commissaire peut demander à tout moment des renseignements ou des justifications au liquidateur et faire effectuer des vérifications sur place par les commissaires.

Article L931-21-1

En cas d'ouverture d'une procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires à l'égard d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance, les membres participants, bénéficiaires et ayants droit de règlements ou de contrats ainsi que le fonds paritaire de garantie institué par la section 12 du présent chapitre sont, sans préjudice des dispositions des articles L. 932-4 et L. 932-20 ni des dispositions du règlement ou du contrat, dispensés de la

déclaration de créances prévue par l'article L. 621-43 du code de commerce.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article.

Article L931-21-2

Le liquidateur procède, s'il y a lieu, à la restitution par préférence des cotisations versées par les personnes ayant exercé leur droit à renonciation en application de l'article L. 932-15.

Article L931-21-3

En cas de retrait de l'agrément accordé à une institution de prévoyance ou à une union, tous les bulletins d'adhésion à un règlement ou contrats souscrits par elle et relevant du quatrième ou du cinquième alinéa de l'article L. 931-1 cessent de plein droit d'avoir effet le quarantième jour à midi, à compter de la publication de la décision prononçant ce retrait. Les cotisations échues avant la date de la décision de l'Autorité de contrôle prudentiel prononçant le retrait d'agrément, et non payées à cette date, sont dues en totalité à l'institution ou à l'union, mais elles ne sont définitivement acquises à celle-ci que proportionnellement à la période garantie jusqu'au jour de la résiliation. Pour ceux des contrats qui ont été reconduits, tacitement ou non, entre la date de la décision de l'Autorité de contrôle prudentiel prononçant le retrait d'agrément et la date de résiliation de plein droit des bulletins d'adhésion à un règlement ou des contrats, les cotisations ne sont dues que proportionnellement à la période garantie.

Article L931-21-4

Après la publication de la décision l'Autorité de contrôle prudentiel prononçant le retrait de l'agrément accordé à une institution de prévoyance ou à une union d'institutions de prévoyance, les bulletins d'adhésion à un règlement ou les contrats souscrits par l'institution relevant du troisième alinéa de l'article L. 931-1 demeurent régis par leurs conditions générales et particulières tant que la décision de l'Autorité de contrôle prévue à l'alinéa suivant n'a pas été publiée. Toutefois, le liquidateur peut, avec l'approbation du juge-commissaire, surseoir au paiement de toutes sommes dues au titre des bulletins d'adhésion à un règlement ou des contrats. Les cotisations encaissées par le liquidateur sont versées à un compte spécial qui fait l'objet d'une liquidation distincte.

L'Autorité de contrôle prudentiel, à la demande du liquidateur et sur le rapport du juge-commissaire, peut fixer la date à laquelle les bulletins d'adhésion à un règlement ou les contrats cessent d'avoir effet, autoriser leur transfert en tout ou partie à une ou plusieurs institutions de prévoyance ou entreprises régies par le code des assurances, proroger leur échéance, décider la réduction des sommes payables en cas de vie ou de décès ainsi que des excédents attribués et des valeurs de rachat, de manière à ramener la valeur des engagements de l'institution ou de l'union au montant que la situation de la liquidation permet de couvrir.

Le versement des cotisations périodiques est suspendu dix jours après la nomination du liquidateur, et jusqu'à la publication de la décision de l'Autorité de contrôle prudentiel fixant la date à laquelle

les bulletins d'adhésion à un règlement et les contrats cessent d'avoir effet. En cas de transfert du portefeuille, les versements suspendus sont effectués par l'institution ou l'union cessionnaire, abattus du taux de réduction défini par l'Autorité de contrôle.

Article L931-21-5

A la requête de l'Autorité de contrôle, le tribunal peut prononcer la nullité d'une ou plusieurs opérations réalisées par les dirigeants d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance pourvue d'un liquidateur à la suite du retrait de l'agrément, à charge, pour l'Autorité de contrôle, d'apporter la preuve que les personnes qui ont adhéré à l'institution ou l'union, ou contracté avec elle, savaient que l'actif était insuffisant pour garantir les créances privilégiées des participants et bénéficiaires et que l'opération incriminée devait avoir pour effet de diminuer cette garantie.

Section 8 : Privilèges

Article L931-22

L'actif mobilier des institutions de prévoyance est affecté par un privilège général au remboursement par préférence des cotisations payées par les personnes ayant exercé leur droit à renonciation en application de l'article L. 932-15 et au règlement des engagements qu'elles prennent envers leurs membres participants et bénéficiaires de bulletins d'adhésion à des règlements ou de contrats. Ce privilège prend rang après le 6° de l'article 2331 du code civil.

Il en est de même de l'actif immobilier. Ce privilège prend rang après le 2° de l'article 2375 du code civil.

Article L931-23

Lorsque les actifs d'une institution de prévoyance sont insuffisants pour assurer la représentation de ses engagements réglementés, ou lorsque la situation financière de cette institution est telle que les intérêts des participants et bénéficiaires de bulletins d'adhésion à des règlements ou de contrats sont susceptibles d'être compromis à brefs délais, les immeubles faisant partie du patrimoine de l'institution peuvent être grevés d'une hypothèque inscrite à la requête de l'Autorité de contrôle prudentiel. Lorsque l'institution fait l'objet d'un retrait d'agrément, cette hypothèque est prise de plein droit à la date du retrait d'agrément.

Article L931-24

Pour les opérations mentionnées au a de l'article L. 931-1 réalisées directement par les institutions

de prévoyance, la créance garantie par le privilège ou l'hypothèque légale est arrêtée au montant des cotisations à rembourser par préférence en cas de renonciation au bulletin d'adhésion ou au contrat et de la provision correspondante telle qu'elle est définie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Pour les opérations mentionnées au b et au c de l'article L. 931-1 réalisées directement par ces mêmes institutions, la créance garantie est arrêtée au montant des indemnités dues à la suite de la réalisation de risques et au montant des portions de cotisations payées d'avance ou provisions de cotisations correspondant à la période pour laquelle le risque n'a pas couru, les créances d'indemnités étant payées par préférence. Pour les indemnités payées sous forme de rentes, elle est arrêtée au montant de la provision mathématique.

Pour les opérations de réassurance de toute nature, la créance est arrêtée au montant des provisions correspondantes telles qu'elles sont définies par un décret en Conseil d'Etat.

Section 9 : Sanctions

Article L931-25

La méconnaissance des incapacités prévues à l'article L. 931-9 est punie d'un emprisonnement de trois ans et d'une amende de 75 000 euros.

La méconnaissance, par tout président ou dirigeant salarié d'une institution de prévoyance ou d'une union, de l'une des dispositions des articles L. 932-49 à L. 932-51 est punie de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.

Article L931-26

Quiconque a été condamné en application de l'article L. 931-25 ne peut être employé à quelque titre que ce soit dans l'institution de prévoyance dans laquelle il exerçait des fonctions de direction, de gestion, ou dont il était membre du conseil d'administration ou dont il avait la signature, ni dans les filiales de cette institution qui sont régies par le code des assurances.

Les personnes qui méconnaissent l'interdiction prévue à l'alinéa précédent ainsi que leur employeur sont punis des peines prévues à l'article L. 931-25.

Article L931-27

Les dispositions de l'article L. 242-2 , des 2°, 3° et 4° de l'article L. 242-6 , des articles L. 242-8, L. 242-25 et L. 242-28 du code de commerce sont applicables aux dirigeants des institutions de prévoyance.

Article L931-28

Les articles L. 626-2, L. 626-3, L. 626-4, L. 626-5, L. 626-7, L. 626-12, L. 626-16, L. 626-17, L. 626-18, L. 626-19 du code de commerce sont applicables à toute personne ayant directement ou indirectement le pouvoir d'engager une institution de prévoyance, même lorsque cette dernière ne relève pas de plein droit de ces dispositions.

Article L931-29

Toute infraction aux prescriptions des deux premiers alinéas de l'article L. 931-4 et aux mesures prises en application de l'article L. 931-18 est punie d'une amende de 4 500 euros. Le jugement est publié aux frais des condamnés ou des institutions de prévoyance ou personnes morales civilement responsables.

Section 10 : Régime financier

Article L931-30

Les institutions de prévoyance font participer, dans des conditions fixées par décret, leurs membres participants aux excédents techniques et financiers des opérations dépendant de la durée de la vie humaine qu'elles réalisent.

Article L931-31

Un décret en Conseil d'Etat détermine les règles relatives à la marge de solvabilité, aux provisions techniques, aux tarifs et aux placements et autres éléments d'actif des institutions de prévoyance.

Section 11 : Comptes et états statistiques

Article L931-32

Les institutions de prévoyance établissent à la clôture de chaque exercice un état annexé à leurs comptes retraçant la valeur comptable et la valeur de réalisation de l'ensemble des placements figurant à leur actif.

Cet état indique, en outre, la quote-part des placements correspondant à des engagements pris envers les participants et bénéficiaires de bulletins d'adhésion à des règlements ou de contrats, telle qu'elle serait constatée en cas de transfert de portefeuille. Les dispositions du présent alinéa ne s'appliquent pas aux opérations relatives à la couverture des risques de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie.

Article L931-33

Un règlement de l'Autorité des normes comptables définit les règles comptables qui s'appliquent aux institutions de prévoyance. Un décret en Conseil d'Etat détermine la nature et la périodicité des informations qu'elles doivent transmettre à l'Autorité de contrôle prudentiel.

Article L931-34

Les institutions de prévoyance établissent et publient des comptes consolidés dans des conditions définies par un règlement de l'Autorité des normes comptables.

Lorsque deux ou plusieurs institutions de prévoyance, groupements paritaires de prévoyance, entreprises soumises au contrôle de l'Etat en application de l'article L. 310-1 ou de l'article L. 310-1-1 du code des assurances, sociétés de groupe d'assurance définies à l'article L. 322-1-2 du même code, mutuelles ou unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, unions de groupe mutualiste constituent un ensemble dont la cohésion ne résulte pas de liens en capital, l'une d'elles établit et publie des comptes combinés. Un décret détermine celui des organismes mentionnés au présent alinéa sur lequel pèse cette obligation. Les comptes combinés sont constitués par agrégation de l'ensemble des comptes des organismes concernés, établis s'il y a lieu sur une base consolidée dans des conditions définies par un règlement de l'Autorité des normes comptables.

Section 12 : Fonds paritaire de garantie des institutions de prévoyance

Article L931-35

Les institutions de prévoyance et leurs unions adhèrent à un fonds paritaire de garantie destiné à préserver, dans les conditions et limites définies par son règlement, les droits à prestations de leurs membres participants et des bénéficiaires de leurs opérations.

Article L931-36

Sont exclus de toute indemnisation par le fonds :

a) Les dirigeants de l'institution ou de l'union, lorsque les bulletins d'adhésion à un règlement ou contrats dont ils bénéficient n'ont pas été souscrits à des conditions normales, et ses commissaires

aux comptes ou actuaires agissant pour le compte de l'institution ou de l'union, ainsi que ces mêmes personnes lorsqu'elles ont les mêmes qualités dans les filiales de l'institution ou de l'union ou dans d'autres institutions ou unions, mutuelles régies par le code de la mutualité et entreprises d'assurance régies par le code des assurances avec lesquelles l'institution ou l'union établit des comptes consolidés ou combinés conformément à l'article L. 931-34 du présent code ;

b) Les tiers agissant pour le compte des membres participants et bénéficiaires de prestations mentionnés au a ;

c) Les dirigeants de l'institution ou de l'union, ainsi que tout membre adhérent ou participant, détenteurs, directement ou indirectement, d'au moins 5 % du capital d'une filiale de l'institution ou de l'union, ainsi que ces mêmes personnes lorsqu'elles ont la qualité de dirigeant d'une autre institution de prévoyance ou union, d'une mutuelle régie par le code de la mutualité, d'une société d'assurance mutuelle régie par le code des assurances ou d'une entreprise régie par le code des assurances avec lesquelles l'institution ou l'union établit des comptes consolidés ou combinés conformément à l'article L. 931-34 ;

d) Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les entreprises d'assurance régies par le code des assurances et les institutions de retraite complémentaire et les institutions de retraite supplémentaire régies respectivement par les titres II et IV du présent livre, sauf s'il s'agit d'opérations réalisées ou de contrats souscrits au profit de leurs salariés ;

e) Les membres participants des institutions de prévoyance et unions qui adhèrent à une convention ou un contrat souscrit à leur profit par l'institution auprès d'une mutuelle régie par le code de la mutualité ou d'une entreprise d'assurance régie par le code des assurances.

Sont également exclues de l'indemnisation du fonds, les opérations que les institutions de prévoyance et leurs unions acceptent en réassurance.

Les sommes versées par le fonds ne peuvent excéder, pour les règlements ou contrats relevant du V de l'article 29 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et le cas échéant pour les opérations des institutions de prévoyance créées ou fusionnées en application de l'article L. 941-1 tant qu'elles mettent en oeuvre les adaptations prévues au II de l'article 116 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, le taux de couverture des engagements constaté à la date d'intervention du fonds.

Article L931-37

Le fonds paritaire de garantie est une personne morale de droit privé. Il est dirigé par un conseil d'administration composé en nombre égal de représentants des employeurs et de représentants des salariés, choisis, dans les conditions fixées par ses statuts, parmi les administrateurs d'institutions de prévoyance. L'article L. 931-13, d'une part, et les articles L. 931-9, L. 931-25 à L. 931-27 ainsi que le premier alinéa de l'article L. 612-16 du code monétaire et financier, d'autre part, sont respectivement applicables au fonds et à ses dirigeants. Les statuts du fonds déterminent la composition et les modalités de convocation et de délibération du conseil d'administration, le mode de nomination de ses membres et la durée de leur mandat et les modalités de nomination de son

directeur.

Le conseil d'administration adopte les statuts et le règlement du fonds qui sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Il élit, pour une durée fixée par les statuts du fonds, un président et un vice-président choisis alternativement, l'un parmi les représentants des employeurs et l'autre parmi les représentants des salariés ; il nomme le commissaire aux comptes et son suppléant, approuve les comptes et les transmet au ministre chargé de la sécurité sociale. Les statuts déterminent la composition du conseil d'administration, le mode de délibération du conseil ainsi que la durée du mandat des administrateurs. Le fonds est géré par un directeur nommé par le conseil d'administration.

Les membres du conseil d'administration ne peuvent simultanément avoir la qualité de dirigeant salarié ou d'administrateur d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance, ni recevoir directement ou indirectement, de rétribution de celle-ci.

Le ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant et le président de l'Autorité de contrôle prudentiel ou son représentant peuvent, à leur demande, être entendus par le conseil d'administration du fonds.

Préalablement à la mise en oeuvre des dispositions de l'article L. 951-2, l'Autorité de contrôle entend le président et le vice-président du fonds de garantie.

Le fonds est soumis au contrôle de l'Etat.

Article L931-38

Le règlement du fonds détermine les conditions et les modalités de ses interventions. A cet effet, il fixe :

1° Par catégorie d'opérations, par participant et bénéficiaire ou par catégories de participants et bénéficiaires, les conditions et plafonds d'indemnisation ainsi que les délais et modalités d'indemnisation des membres participants et bénéficiaires ; les plafonds d'indemnisation peuvent être définis proportionnellement ou forfaitairement ; le règlement du fonds peut prévoir, lorsque la prestation est servie sous forme de rente, l'exclusion de la prise en charge de la revalorisation future ;

2° Les règles relatives à l'information des membres participants et bénéficiaires ;

3° Le montant global des cotisations annuelles dues par les institutions et unions adhérentes ;

4° La formule de répartition des cotisations au fonds, dont l'assiette est constituée du montant des provisions techniques pondéré par les cotisations déjà versées ainsi que par les indicateurs de la situation financière de chacun des adhérents et, notamment, leur solvabilité, reflétant les risques objectifs que l'adhérent fait courir au fonds ;

5° Les modalités de versement des cotisations et les majorations applicables en cas de défaut de paiement de celles-ci.

Article L931-39

Le fonds paritaire de garantie est subrogé dans les droits des membres participants et des bénéficiaires à concurrence du montant des sommes qu'il a versées.

Il est également subrogé, dans les mêmes limites, dans les droits de l'institution ou de l'union défaillante, à concurrence des sommes exigibles en vertu de l'exécution des traités de réassurance en cours.

Le fonds peut engager toute action en responsabilité à l'encontre des dirigeants de droit ou de fait de l'institution de prévoyance ou de l'union dont la défaillance a entraîné son intervention, aux fins d'obtenir le remboursement de tout ou partie des sommes qu'il a versées. Il en informe l'Autorité de contrôle prudentiel.

Article L931-40

Les membres du conseil d'administration du fonds paritaire de garantie, ainsi que toute personne qui, par ses fonctions, a accès aux documents et informations détenues par le fonds, sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal. Ce secret n'est opposable ni à l'autorité judiciaire agissant dans le cadre d'une procédure pénale, ni aux juridictions civiles statuant sur un recours formé à l'encontre d'une décision du fonds, ni à l'Autorité de contrôle prudentiel.

Article L931-41

Le financement du fonds paritaire de garantie est assuré par une cotisation à la charge des institutions de prévoyance et unions qui en sont membres.

Le fonds de garantie peut en outre émettre des certificats d'association, nominatifs et non négociables, que souscrivent les institutions ou unions lors de leur adhésion.

Lorsque les pertes subies par le fonds de garantie ne peuvent être couvertes par des cotisations déjà appelées, les certificats d'association mentionnés à l'alinéa précédent ne peuvent plus faire l'objet d'une rémunération. Le nominal de chacun de ces certificats est alors réduit dans la proportion nécessaire pour absorber les pertes. Ces certificats d'association ne sont pas remboursables.

Le fonds paritaire de garantie peut emprunter auprès de ses membres. Il peut, à cette fin, constituer ou demander à ses membres de constituer pour son compte les garanties requises conventionnellement.

Le défaut d'adhésion au fonds ou l'absence de versement de la cotisation sont passibles des sanctions prévues à l'article L. 612-39 du code monétaire et financier.

Article L931-42

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis du fonds paritaire de garantie, fixe :

1° Les modalités de détermination du ou des taux de réduction, par règlement ou contrat ou type de règlement ou contrat, applicables aux institutions de prévoyance ou unions auxquelles il est fait application des dispositions de l'article L. 951-16 ;

2° Les caractéristiques des certificats d'association ainsi que les conditions de leur rémunération ;

3° Les conditions dans lesquelles une partie des cotisations dues au fonds peut ne pas être versée moyennant la constitution de garanties appropriées ;

4° Le montant annuel global des ressources dont doit disposer en permanence le fonds, ainsi que les modalités et délais dans lesquels il reconstitue ses réserves en cas d'intervention.

Chapitre 2 : Opérations des institutions de prévoyance

Section 1 : Dispositions relatives aux opérations collectives à adhésion obligatoire

Article L932-1

Les dispositions de la présente section s'appliquent aux opérations collectives à adhésion obligatoire des institutions de prévoyance.

L'opération par laquelle une entreprise, dénommée l'adhérent, adhère par la signature d'un bulletin au règlement d'une institution de prévoyance ou souscrit auprès de celle-ci un contrat au profit de ses salariés ou d'une ou plusieurs catégories d'entre eux en vue d'assurer, dans le cadre des dispositions du chapitre Ier du titre Ier du présent livre, la couverture d'engagements ou de risques pour lesquels cette institution est agréée est dite opération collective à adhésion obligatoire lorsque les salariés concernés sont obligatoirement affiliés à ladite institution, dont ils deviennent membres

participants.

Article L932-2

Les règlements et les bulletins d'adhésion des institutions de prévoyance ainsi que leurs contrats fixent les droits et obligations des adhérents et des participants dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les dispositions de l'article L. 913-1 sont applicables aux opérations collectives à adhésion obligatoire des institutions de prévoyance.

Article L932-3

Avant la signature du bulletin d'adhésion ou la souscription du contrat, l'institution de prévoyance remet obligatoirement à l'adhérent le règlement correspondant et la proposition de bulletin d'adhésion à celui-ci ou la proposition de contrat ainsi que leurs annexes respectives.

L'engagement réciproque de l'adhérent et de l'institution de prévoyance résulte de la signature du bulletin d'adhésion ou de celle du contrat.

Pour être applicable, toute modification du règlement doit être approuvée préalablement par l'assemblée générale de l'institution ou, si celle-ci n'en possède pas, par le conseil d'administration, et doit être constatée par un avenant au contrat ou au bulletin d'adhésion signé des parties.

Il peut être dérogé, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, aux dispositions des premier et troisième alinéas ci-dessus lorsque la nature du règlement ou du contrat ou les circonstances de l'adhésion ou de la souscription le justifient.

Le même décret détermine les conditions dans lesquelles est constatée la remise des documents mentionnés aux alinéas précédents.

Article L932-4

L'adhérent doit :

1° Payer la cotisation due aux époques convenues ;

2° Répondre exactement aux questions de l'institution de prévoyance relatives au groupe qu'elle envisage de garantir, notamment lorsque celle-ci l'interroge lors de la signature du bulletin d'adhésion au règlement ou lors de la souscription du contrat sur la nature des activités de l'entreprise, l'importance du groupe ou ses caractéristiques socio-démographiques ;

3° Déclarer en cours d'adhésion ou de contrat tout nouveau salarié qui répond aux conditions définies par le règlement et le bulletin d'adhésion ou par le contrat.

Les dispositions mentionnées au 1° ci-dessus ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Article L932-5

Lorsque, avant l'adhésion ou la souscription, l'institution de prévoyance a posé des questions par écrit au participant, notamment par un formulaire de déclaration du risque ou par tout autre moyen, elle ne peut se prévaloir du fait qu'une question exprimée en termes généraux n'a reçu qu'une réponse imprécise.

Article L932-6

L'institution de prévoyance établit une notice qui définit les garanties souscrites par contrat ou par adhésion à un règlement et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que des délais de prescription.

L'adhérent est tenu de remettre cette notice à chaque participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des participants, l'adhérent est également tenu d'informer chaque participant en lui remettant une notice établie à cet effet par l'institution.

La preuve de la remise de la notice au participant et de l'information relatives aux modifications contractuelles incombent à l'adhérent.

Article L932-7

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle du participant change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour cette institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque, la garantie accordée par l'institution à ce participant est nulle.

Les cotisations payées à ce titre demeurent acquises à l'institution.

Les dispositions de l'alinéa qui précède ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Lorsque l'adhésion à l'institution résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, les dispositions des deux premiers alinéas ne s'appliquent pas.

Article L932-8

Sont nulles :

1° Toutes clauses générales frappant de déchéance le participant ou le bénéficiaire en cas de violation des lois ou des règlements, à moins que cette violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel ;

2° Toutes clauses frappant de déchéance le participant ou le bénéficiaire à raison de simple retard apporté par lui sans intention frauduleuse à la déclaration relative à la réalisation du risque aux autorités ou à des productions de pièces, sans préjudice du droit pour l'institution de prévoyance de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

Article L932-9

A défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour l'institution de prévoyance d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur et de poursuivre en justice l'exécution du bulletin d'adhésion, du règlement ou du contrat, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'adhérent.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'adhérent, l'institution informe celui-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

L'institution a le droit de dénoncer l'adhésion ou de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent article.

L'adhésion non dénoncée ou le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Lorsque l'adhésion à l'institution résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, l'institution ne peut faire usage des dispositions du présent article relatives à la suspension de la garantie et à la dénonciation de l'adhésion de l'entreprise ou à la résiliation du contrat.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Article L932-10

La garantie subsiste en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires de l'adhérent. L'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge-commissaire ou le liquidateur, selon le cas, et l'institution de prévoyance conservent le droit de résilier l'adhésion ou le contrat pendant un délai de trois mois à compter de la date du jugement de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires. La portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'institution de prévoyance ne couvre plus le risque est restituée au débiteur.

Article L932-11

La durée de l'adhésion au règlement d'une institution de prévoyance ou la durée du contrat est déterminée librement par les parties. Elle doit être mentionnée sur le bulletin d'adhésion ou dans le contrat, où il doit, en outre, être indiqué que la tacite reconduction ne peut en aucun cas être supérieure à une année.

Article L932-12

L'adhérent et l'institution de prévoyance peuvent dénoncer l'adhésion ou résilier le contrat tous les ans selon les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce droit est mentionné dans chaque bulletin d'adhésion ou contrat.

Toutefois, la faculté de dénonciation ou de résiliation n'est pas offerte à l'adhérent lorsque l'adhésion à l'institution résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

Les dispositions du premier alinéa ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Article L932-13

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées à la présente section sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution de prévoyance en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au a de l'article L. 931-1, le bénéficiaire n'est pas le participant et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article L932-13-1

Lorsqu'une institution de prévoyance assure la mutualisation de risques dans le cadre des dispositions de l'article L. 912-1, les articles L. 243-4 et L. 243-5 s'appliquent aux cotisations qu'elle reçoit des entreprises adhérentes.

Section 2 : Dispositions relatives aux opérations collectives à adhésion facultative et aux opérations individuelles

Article L932-14

Les dispositions de la présente section s'appliquent aux opérations collectives à adhésion facultative et aux opérations individuelles des institutions de prévoyance.

L'opération par laquelle une entreprise ou un groupement d'épargne retraite populaire, dénommé "l'adhérent", adhère par la signature d'un bulletin au règlement d'une institution de prévoyance ou souscrit auprès de celle-ci un contrat au profit de ses salariés ou d'une ou plusieurs catégories d'entre eux ou de ses membres en vue de leur assurer la couverture d'engagements ou de risques pour lesquels cette institution est agréée est dite "opération collective à adhésion facultative" lorsque les salariés ou les membres concernés sont libres de s'affilier à ladite institution, dont ils deviennent alors membres participants.

L'opération par laquelle le salarié ou l'ancien salarié d'un adhérent à une institution de prévoyance ou un de ses ayants droit adhère par la signature d'un bulletin à un règlement de cette institution ou

souscrit un contrat auprès de celle-ci en vue de s'assurer la couverture d'engagements ou de risques pour lesquels cette institution est agréée est dite opération individuelle. Le salarié, ancien salarié et ayant droit qui adhère sur cette base à l'institution de prévoyance en devient membre participant.

Article L932-15

Tout participant affilié à l'institution de prévoyance ou qui a adhéré à un règlement ou souscrit un contrat auprès de celle-ci a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

En cas de modification apportée à ses droits et obligations, un nouveau délai de trente jours court à compter de la remise au participant de la notice prévue au premier alinéa de l'article L. 932-18 lorsqu'il s'agit d'opérations collectives à adhésion facultative ou de son acceptation des modifications du bulletin d'adhésion ou du contrat lorsqu'il s'agit d'opérations individuelles.

Pour les opérations collectives facultatives comportant une valeur de rachat ou de transfert, la notice précise que les droits et obligations du participant peuvent être modifiés par des avenants aux bulletins d'adhésion ou contrats. Les modalités d'adoption de ces avenants par l'adhérent sont communiquées par ce dernier aux participants.

Pour les opérations collectives facultatives comportant une valeur de rachat ou de transfert, un encadré est inséré en début de contrat ou de bulletin, indiquant en caractères très apparents la nature de ce contrat. L'encadré comprend en particulier le regroupement des frais dans une même rubrique, les garanties offertes, la disponibilité des sommes en cas de rachat, la participation aux bénéficiaires, ainsi que les modalités de désignation du bénéficiaire. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, pris après avis de l'Autorité de contrôle prudentiel, fixe le format de l'encadré ainsi que, de façon limitative, son contenu.

Pour les opérations individuelles comportant une valeur de rachat ou de transfert, le bulletin d'adhésion vaut notice si l'encadré mentionné à l'alinéa précédent est inséré en début de bulletin.

La renonciation entraîne la restitution par l'institution de prévoyance de l'intégralité des sommes versées par le participant ou par l'adhérent, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Toutefois, les dispositions qui précèdent ne s'appliquent ni aux bulletins d'adhésion à un règlement ou contrats d'une durée maximum de deux mois ni aux opérations ayant pour objet la couverture des risques de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie ou la couverture du risque chômage.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment le contenu des informations relatives à l'exercice par le participant de ce droit de renonciation.

Article L932-15-1

I.-1° La fourniture à distance d'opérations d'assurance individuelles à un consommateur est régie par

les dispositions de la présente section et par celles des sous-sections 2 et 3 de la section 2 du chapitre Ier du titre II du livre Ier du code de la consommation, à l'exception des articles L. 121-20-10, L. 121-20-12 et L. 121-20-17, ci-après reproduites :

Sous-section 2 :

Dispositions particulières aux contrats portant sur des services financiers

Art.L. 121-20-8.-La présente sous-section régit la fourniture de services financiers à un consommateur dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par le fournisseur ou par un intermédiaire qui, pour ce contrat, utilise exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat.

Elle s'applique aux services mentionnés aux livres Ier à III et au titre V du livre V du code monétaire et financier ainsi que les opérations pratiquées par les entreprises régies par le code des assurances, par les mutuelles et unions régies par le livre II du code de la mutualité et par les institutions de prévoyance et unions régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale sans préjudice des dispositions spécifiques prévues par ces codes.

Art.L. 121-20-9.-Pour les contrats portant sur des services financiers comportant une première convention de service suivie d'opérations successives ou d'une série d'opérations distinctes, de même nature, échelonnées dans le temps, les dispositions de la présente sous-section ne s'appliquent qu'à la première convention de service. Pour les contrats renouvelables par tacite reconduction, les dispositions de la présente sous-section ne s'appliquent qu'au contrat initial.

En l'absence de première convention de service, lorsque des opérations successives ou distinctes, de même nature, échelonnées dans le temps, sont exécutées entre les mêmes parties, les dispositions de l'article L. 121-20-10 ne sont applicables qu'à la première opération. Cependant, lorsqu'aucune opération de même nature n'est effectuée pendant plus d'un an, ces dispositions s'appliquent à l'opération suivante, considérée comme une première opération.

Art.L. 121-20-11.-Le consommateur doit recevoir, par écrit ou sur un autre support durable à sa disposition et auquel il a accès en temps utile et avant tout engagement, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées à l'article L. 121-20-10. Le fournisseur peut remplir ses obligations au titre de l'article L. 121-20-10 et du présent article par l'envoi au consommateur d'un document unique, à la condition qu'il s'agisse d'un support écrit ou d'un autre support durable et que les informations mentionnées ne varient pas jusqu'à et y compris la conclusion du contrat.

Le fournisseur exécute ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat, lorsque celui-ci a été conclu à la demande du consommateur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations pré-contractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable.

A tout moment au cours de la relation contractuelle, le consommateur a le droit, s'il en fait la demande, de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. En outre, le consommateur a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le contrat à distance conclu ou avec la nature du service financier

fourni.

Art.L. 121-20-13.-I.-Les contrats pour lesquels s'applique le délai de rétractation mentionné à l'article L. 121-20-12 ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai sans l'accord du consommateur. Lorsque celui-ci exerce son droit de rétractation, il ne peut être tenu qu'au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité.

Le fournisseur ne peut exiger du consommateur le paiement du service mentionné au premier alinéa que s'il peut prouver que le consommateur a été informé du montant dû, conformément à l'article L. 121-20-10. Toutefois, il ne peut pas exiger ce paiement s'il a commencé à exécuter le contrat avant l'expiration du délai de rétractation sans demande préalable du consommateur.

Pour les contrats de crédit à la consommation prévus au chapitre Ier du titre Ier du livre III, même avec l'accord du consommateur, ils ne peuvent recevoir de commencement d'exécution durant les sept premiers jours, sauf s'agissant des contrats de crédit affecté mentionnés au IV de l'article L. 121-20-12, qui ne peuvent recevoir de commencement d'exécution durant les trois premiers jours.

II.-Le fournisseur est tenu de rembourser au consommateur dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'il a perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du montant mentionné au premier alinéa du I. Ce délai commence à courir le jour où le fournisseur reçoit notification par le consommateur de sa volonté de se rétracter. Au-delà du délai de trente jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

Le consommateur restitue au fournisseur dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme et tout bien qu'il a reçus de ce dernier. Ce délai commence à courir à compter du jour où le consommateur communique au fournisseur sa volonté de se rétracter.

Art.L. 121-20-14.-Les dispositions de l'article L. 34-5 du code des postes et communications électroniques, reproduites à l'article L. 121-20-5, sont applicables aux services financiers.

Les techniques de communication à distance destinées à la commercialisation de services financiers autres que celles mentionnées à l'article L. 34-5 du code des postes et communications électroniques ne peuvent être utilisées que si le consommateur n'a pas manifesté son opposition.

Les mesures prévues au présent article ne doivent pas entraîner de frais pour le consommateur.

Sous-section 3

Dispositions communes

Art.L. 121-20-15.-Lorsque les parties ont choisi la loi d'un Etat non membre de la Communauté européenne pour régir le contrat, le juge devant lequel est invoquée cette loi est tenu d'en écarter l'application au profit des dispositions plus protectrices de la loi de la résidence habituelle du consommateur assurant la transposition de la directive 97 / 7 / CE du Parlement européen et du Conseil du 20 mai 1997 concernant la protection des consommateurs en matière de contrats à distance et de la directive 2002 / 65 / CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre

2002, concernant la commercialisation à distance de services financiers auprès des consommateurs, lorsque le contrat présente un lien étroit avec le territoire d'un ou plusieurs Etats membres de la Communauté européenne ; cette condition est présumée remplie si la résidence des consommateurs est située dans un Etat membre.

Art.L. 121-20-16.-Les dispositions de la présente section sont d'ordre public ;

2° Pour l'application du 1°, il y a lieu d'entendre :

- a) " le membre participant qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle " là où est mentionné " le consommateur " ;
- b) " l'institution de prévoyance, l'union ou son intermédiaire en assurance " là où est mentionné " le fournisseur " ;
- c) " le montant total de la cotisation " là où est mentionné " le prix total " ;
- d) " le droit de renonciation " là où est mentionné " le droit de rétractation " ;
- e) " le II de l'article L. 932-15-1 du code de la sécurité sociale ", là où est mentionné " l'article L. 121-20-12 " ;
- f) " le III de l'article L. 932-15-1 du code de la sécurité sociale ", là où est mentionné " l'article L. 121-20-10 " ;

3° Pour l'application de l'article L. 121-20-11 du code de la consommation, les conditions contractuelles ou d'adhésion doivent comprendre, outre les informations prévues à l'article L. 932-15, un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation lorsque ce droit existe.

II.-1° Toute personne physique ayant conclu un contrat à distance ou ayant adhéré à un règlement à distance à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où le contrat est conclu ou l'adhésion a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles ou d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ;

2° Toutefois, en ce qui concerne les opérations mentionnées au a de l'article L. 931-1, le délai précité est porté à trente jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir :

a) Soit à compter du jour où l'intéressé est informé que le contrat à distance a été conclu ou l'adhésion a pris effet ;

b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles ou d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a.

III.-En temps utile avant la conclusion à distance d'un contrat ou l'adhésion à distance à un règlement, le membre participant reçoit les informations suivantes :

1° La dénomination de l'institution de prévoyance ou de l'union, l'adresse de son siège social, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture ;

2° Le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation permettant au membre participant de vérifier celle-ci ;

3° La durée minimale du contrat ou du bulletin d'adhésion au règlement ainsi que les garanties et exclusions prévues par ceux-ci ;

4° La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat ou de l'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance ;

5° L'existence ou l'absence d'un droit de renonciation, et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. Le membre participant doit également être informé du montant de cotisation que l'institution ou l'union peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;

6° La loi sur laquelle l'institution ou l'union se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le membre participant ainsi que la loi applicable au contrat ou au bulletin d'adhésion au règlement et la langue que l'institution ou l'union s'engage à utiliser, avec l'accord du membre participant, pendant la durée du contrat ou du bulletin d'adhésion au règlement ;

7° Les modalités d'examen des réclamations que le membre participant peut formuler au sujet du contrat ou du bulletin d'adhésion au règlement y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

Les informations sur les conditions contractuelles ou conditions d'adhésion communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au contrat ou au bulletin d'adhésion au règlement.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

IV.-L'institution de prévoyance ou l'union doit également indiquer, pour les opérations mentionnées au a de l'article L. 931-1, les informations mentionnées à l'article L. 932-15, notamment le montant maximal des frais qu'elle peut prélever et, lorsque les garanties de ces contrats ou bulletins d'adhésion au règlement sont exprimées en unités de compte, les caractéristiques principales de celles-ci. Dans ce dernier cas, elle doit en outre préciser qu'elle ne s'engage que sur le nombre des unités de compte et non sur leur valeur qui peut être sujette à des fluctuations à la hausse comme à la baisse.

V.-Un décret en Conseil d'Etat fixe les informations communiquées au membre participant en cas de communication par téléphonie vocale.

VI.-Les infractions aux dispositions du présent article sont constatées et sanctionnées par l' Autorité de contrôle prudentiel dans les conditions prévues au titre V du livre IX.

Les infractions constituées par l'absence matérielle des éléments d'information prévus au III du présent article, ainsi que le refus de l'institution de prévoyance ou de l'union de rembourser le membre participant dans les conditions fixées à l'article L. 121-20-13 du code de la consommation peuvent également être constatées et poursuivies dans les conditions prévues à l'article L. 121-20-17 du même code.

Les conditions d'application du présent article sont définies en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

Article L932-16

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au participant par l'institution de prévoyance dans le cadre d'une opération collective à adhésion facultative ou le bulletin d'adhésion ou le contrat signé ou souscrit par un participant dans le cadre d'une opération individuelle sont nuls en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'institution qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions de l'alinéa qui précèdent ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Article L932-17

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie ou du bulletin d'adhésion ou du contrat.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'institution de prévoyance a le droit de maintenir la garantie moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'affiliation, lorsqu'il s'agit d'une opération collective à adhésion facultative, ou le bulletin d'adhésion ou le contrat, lorsqu'il s'agit d'une opération individuelle, prend fin dix jours après notification adressée au participant par lettre recommandée ; l'institution restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le participant ou précomptées en son nom par l'adhérent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Article L932-18

Les dispositions de l'article L. 932-6 s'appliquent aux opérations collectives à adhésion facultative sous réserve de la faculté pour le participant de dénoncer son affiliation à l'institution de prévoyance en cas de modification apportée à ses droits et obligations dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice.

Pour les opérations individuelles, l'institution de prévoyance est substituée à l'adhérent en ce qui concerne les obligations qui pèsent sur ce dernier.

Article L932-19

Le premier alinéa de l'article L. 932-2 et les articles L. 932-5, L. 932-8 et L. 932-11 sont applicables aux opérations collectives à adhésion facultative et aux opérations individuelles.

Sous réserve de remplacer le mot "adhérent" par le mot "participant", les articles L. 932-3, L. 932-12 et L. 932-13 sont applicables aux opérations individuelles.

Ces mêmes articles, ainsi que les articles L. 913-1 et L. 932-10, sont applicables sans modification aux opérations collectives à adhésion facultative.

Article L932-20

Les dispositions de l'article L. 932-4 sont applicables aux opérations collectives à adhésion facultative.

Pour les opérations individuelles, les dispositions du 1° et le dernier alinéa de l'article L. 932-4 s'appliquent. En outre, le participant est obligé de répondre exactement aux questions posées par l'institution de prévoyance, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'institution l'interroge lors de la souscription du bulletin d'adhésion ou du contrat sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'institution les risques qu'elle prend en charge.

Article L932-21

En ce qui concerne les opérations collectives à adhésion facultative, le participant peut dénoncer tous les ans son affiliation selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce droit est mentionné dans la notice d'information.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Article L932-21-1

Pour les contrats à tacite reconduction relatifs à des opérations individuelles, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'affiliation ou du contrat doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'affiliation ou au contrat, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

Article L932-22

I. - Lorsque, pour la mise en oeuvre des opérations collectives à adhésion facultative, l'adhérent

assure le précompte de la cotisation sur le salaire du participant, les dispositions de l'article L. 932-9 sont applicables.

II. - Lorsque, pour la mise en oeuvre des opérations collectives à adhésion facultative, l'adhérent n'assure pas le précompte des cotisations, le participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion du bulletin d'adhésion au règlement ou du contrat.

La procédure prévue à l'article L. 932-9 est applicable à l'adhérent qui ne paie pas sa cotisation. Dans ce cas, l'institution informe chaque participant de la mise en oeuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa de cet article et rembourse au participant la portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'institution ne couvre plus le risque.

Les dispositions qui précèdent ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

III. - En ce qui concerne les opérations individuelles, le bulletin d'adhésion à un règlement ou le contrat peuvent être résiliés par l'institution de prévoyance conformément à la procédure prévue au II du présent article si le participant ne paie pas sa cotisation.

Les dispositions qui précèdent ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Section 3 : Dispositions particulières relatives aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine et aux opérations de capitalisation

Article L932-23

A l'exception des articles L. 131-2, L. 131-3, L. 132-5-1, L. 132-6, L. 132-7, L. 132-10, L. 132-15, L. 132-17, et L. 132-19 et, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire ou facultative, des articles L. 132-2, L. 132-8 et L. 132-9, les dispositions du chapitre Ier, de la section 1 du chapitre II du titre III et du chapitre IV du titre IV du livre Ier du code des assurances sont applicables aux règlements et contrats des institutions de prévoyance lorsqu'elles réalisent des opérations d'assurance sur la vie et de capitalisation.

Pour l'application du présent article, les mots : "assureurs" et "entreprises d'assurance" figurant dans ces dispositions du code des assurances sont remplacés par les mots : "institutions de prévoyance" ; le mot : "assuré" est remplacé par le mot :

"participant" ; le mot : " primes" est remplacé par le mot :

"cotisations" ; les mots : "police" et "contrat" sont remplacés par les mots : "bulletin d'adhésion à un règlement ou contrat" ; les mots : "participations bénéficiaires" sont remplacés par les mots :

"participation aux excédents" ; les mots : "contrats d'assurance de groupe" sont remplacés par les mots : "opérations collectives à adhésion obligatoire ou facultative". Toutefois, les dispositions de l'article L. 132-20 ne s'appliquent qu'aux bulletins d'adhésion ou contrats comportant une valeur de rachat.

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 132-3, le représentant légal d'un majeur en tutelle peut, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire ne comportant pas une valeur de rachat, adhérer au nom de celui-ci à un règlement ou souscrire un contrat auprès d'une institution de prévoyance.

L'institution de prévoyance communique chaque année aux entreprises adhérant à son règlement ou à ses contrats le montant et les modalités de répartition pour l'année écoulée de la participation aux excédents.

Les dispositions de l'article L. 932-21-1 ne s'appliquent pas aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Article L932-23-1

Le ministre chargé de la sécurité sociale peut à la demande d'un ou plusieurs organismes professionnels représentatifs mentionnés à l'article L. 132-9-2 du code des assurances homologuer par arrêté les codes de conduite que ces organismes ont élaborés en matière de commercialisation d'opération individuelles comportant des valeurs de rachat, de contrats de capitalisation et de contrats mentionnés à l'article L. 932-15 et à l'article L. 932-24 du présent code.

Section 4 : Dispositions particulières relatives à certaines opérations de retraite à caractère collectif et aux opérations des régimes professionnels relevant de l'article L. 912-1

Article L932-24

Lorsque les institutions de prévoyance réalisent des opérations ayant pour objet l'acquisition ou la jouissance de droits en cas de vie dans lesquelles un lien est établi entre la revalorisation des cotisations et celle des droits en cas de vie précédemment acquis et dont les actifs et les droits sont isolés de ceux des autres participants, elles sont tenues de mettre en oeuvre ces opérations sur la

base d'un règlement particulier.

Les actifs correspondant à ces opérations sont affectés au règlement des droits acquis et en cours d'acquisition. Ils sont grevés à cet effet :

- a) Lorsqu'il s'agit d'actifs immobiliers, d'une hypothèque légale inscrite dès leur affectation au règlement de ces droits ;
- b) D'un privilège mobilier et d'un privilège immobilier qui priment les privilèges respectivement prévus au premier et au second alinéa de l'article L. 931-22.

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

Article L932-24-1

Pour la mise en oeuvre des régimes professionnels mutualisés relevant du premier alinéa de l'article L. 912-1, il est tenu une comptabilité distincte des autres opérations de l'institution ou de l'union et établi, en fin d'exercice, un compte spécial de résultats. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les modalités d'application du présent article.

Article L932-24-2

I. # Pour les opérations à adhésion facultative, la notice remise par le souscripteur à l'adhérent lors de l'adhésion inclut, outre les informations mentionnées à l'article L. 932-6 :

- a) La dénomination sociale et les coordonnées du souscripteur ;
- b) Les stipulations essentielles de la convention ;
- c) La mention que les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par des avenants à ladite convention ainsi que les modalités d'adoption de ces avenants par le souscripteur ;
- d) Les conditions d'exercice de la faculté de renonciation ainsi qu'un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation ;
- e) Les modalités de la conversion de la convention en rentes viagères et selon les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Un arrêté du même ministre précise les informations qui doivent figurer dans cette notice, notamment au regard des stipulations essentielles de la convention.

II. # Pour les opérations à adhésion facultative, le défaut de remise de la notice prévue au I du présent article entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation prévu à l'article L. 932-15.

III. # Pour les opérations à adhésion facultative, lorsque les droits acquis par l'adhérent sont représentés par une provision mathématique théorique égale ou supérieure à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le souscripteur est tenu de communiquer, chaque année, à l'adhérent les informations suivantes :

- a) Le montant de la cotisation de l'adhésion ;
- b) Les valeurs d'acquisition de l'unité de rente ;

- c) Le montant total des droits acquis exprimés en nombre d'unité de rente ;
- d) La valeur de service de l'unité de rente à un âge déterminé et son évolution depuis l'année précédente, ainsi que les coefficients de surcote et de décote correspondant à une liquidation différée ou anticipée par rapport à l'âge de référence ;
- e) Lorsque la convention prévoit une réduction du nombre d'unités de rente en cas de cessation du paiement des primes ou cotisations, les conditions de cette réduction et le nombre d'unités de rente qui en résulte.

Il est également indiqué que les comptes de la convention sont tenus à la disposition de l'adhérent sur simple demande.

Section 5 : Loi applicable aux règlements et contrats pour les risques situés dans un ou plusieurs Etats membres de la Communauté européenne et pour les engagements qui y sont pris

Sous-section 1 : Dispositions applicables aux opérations relatives à la couverture de risques de dommages corporels liés aux accidents, à la maladie et au chômage

Article L932-25

Les dispositions de la présente sous-section s'appliquent aux opérations des institutions de prévoyance relatives à la couverture des risques visés au b et au c de l'article L. 931-1.

Article L932-26

I. - 1° Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L. 932-27, sur le territoire de la République française et que le souscripteur du bulletin d'adhésion au règlement de l'institution ou du contrat y a sa résidence principale ou son siège de direction, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre ;

2° Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L. 932-27, sur le territoire de la République française et que le souscripteur du bulletin d'adhésion au règlement de l'institution ou du contrat n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, les parties au bulletin d'adhésion au règlement ou au contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le souscripteur du bulletin d'adhésion ou du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction.

De même, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République française et que le risque n'y est pas situé au sens de l'article L. 932-27, les parties peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le risque est situé.

II. - On entend par souscripteur, pour l'application du I ci-dessus :

- a) L'adhérent, s'il s'agit d'une opération collective à adhésion obligatoire ou facultative ;
- b) Le participant, s'il s'agit d'une opération individuelle.

Article L932-27

Est regardé comme Etat de situation du risque :

- a) L'Etat où a été souscrit le bulletin d'adhésion au règlement ou le contrat s'il s'agit d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat d'une durée inférieure ou égale à quatre mois et relatif à des risques encourus au cours d'un déplacement, quelle que soit la branche dont relèvent ces risques ;
- b) Dans les autres cas, l'Etat où est situé l'établissement de l'adhérent auquel le bulletin d'adhésion ou le contrat se rapporte, s'il s'agit d'une opération collective à adhésion obligatoire ou à adhésion facultative, ou bien, s'il s'agit d'une opération individuelle, l'Etat dans lequel le participant a sa résidence principale.

Article L932-28

Lorsque les parties ont à exercer le choix de la loi applicable dans l'un des cas visés par l'article L. 932-26, ce choix doit être exprès ou résulter de façon certaine des clauses du règlement et du bulletin d'adhésion ou du contrat ou des circonstances de la cause.

A défaut, le règlement et le bulletin d'adhésion ou le contrat sont régis par la loi de celui, parmi les pays qui entrent en ligne de compte aux termes de l'article L. 932-26, avec lequel ils présentent les liens les plus étroits. Il est présumé que le règlement et le bulletin d'adhésion ou le contrat présentent les liens les plus étroits avec l'Etat membre où le risque est situé. Si une partie du règlement et du bulletin d'adhésion ou du contrat est séparable du reste du règlement et du bulletin d'adhésion ou du contrat et présente un lien plus étroit avec un autre des pays qui entrent en ligne de compte conformément à l'article L. 932-26, il pourra être fait application à cette partie du règlement et du bulletin d'adhésion ou du contrat de la loi de cet autre pays.

Article L932-29

Les articles L. 932-26 et L. 932-28 ne peuvent faire obstacle aux dispositions d'ordre public de la loi française applicables quelle que soit la loi régissant le règlement et le bulletin d'adhésion ou le contrat.

Toutefois, le juge peut donner effet sur le territoire de la République française aux dispositions d'ordre public de la loi de l'Etat membre où le risque est situé ou d'un Etat membre qui impose

l'obligation d'assurance, si, selon le droit de ces pays, ces dispositions sont applicables quelle que soit la loi régissant le contrat.

Lorsque le règlement et le bulletin d'adhésion ou le contrat couvrent des risques situés dans plusieurs Etats membres, le règlement et le bulletin d'adhésion ou le contrat sont considérés, pour l'application du présent article, comme constituant plusieurs règlements et bulletins d'adhésion ou contrats dont chacun ne se rapporte qu'à un seul Etat.

Article L932-30

Sous réserve des dispositions des articles L. 932-26 à L. 932-29 et pour le surplus, les règles générales de droit international privé en matière d'obligations contractuelles sont applicables.

Sous-section 2 : Dispositions applicables aux opérations de capitalisation et à la couverture de risques liés à la personne et à la durée de la vie humaine à l'exception de celles visées par la sous-section 1

Article L932-31

Les dispositions de la présente sous-section s'appliquent aux opérations des institutions de prévoyance visées au a de l'article L. 931-1.

Article L932-32

Lorsque l'engagement est pris, au sens de l'article L. 932-33, sur le territoire de la République française, la loi applicable au bulletin d'adhésion ou au contrat est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Toutefois, lorsque le participant souscrit lui-même le bulletin d'adhésion ou le contrat et est ressortissant d'un autre Etat membre de la Communauté européenne, les parties au bulletin d'adhésion ou au contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi de l'Etat dont le participant est ressortissant.

Article L932-33

Est regardé comme Etat de l'engagement :

- a) Lorsqu'il s'agit d'une opération collective à adhésion obligatoire ou facultative, l'Etat où est situé l'établissement de l'adhérent auquel le bulletin d'adhésion ou le contrat se rapporte ;
- b) Lorsqu'il s'agit d'une opération individuelle, l'Etat où le participant a sa résidence principale.

Article L932-34

Les dispositions des deux premiers alinéas de l'article L. 932-29 et celles de l'article L. 932-30 sont applicables aux opérations régies par la présente sous-section.

Section 6 : Dispositions relatives aux opérations de réassurance

Article L932-35

Les dispositions des sections 1 à 5 du présent chapitre ne s'appliquent pas aux traités de réassurance auxquels les institutions sont parties.

Article L932-35-1

La présence d'opérations relevant de la réassurance financière limitée est explicitement mentionnée dans l'intitulé des contrats régissant ce type d'opérations.

Article L932-36

Dans tous les cas où une institution de prévoyance ou une union se réassure contre un risque qu'elle garantit ou le transfère à un véhicule de titrisation mentionné à l'article L. 310-1-2 du code des assurances, elle reste seule responsable vis-à-vis des participants et bénéficiaires.

Article L932-37

Lorsque les traités de réassurance auxquels les institutions de prévoyance sont parties comportent une clause compromissoire, celle-ci oblige les parties lorsqu'elles soumettent à l'arbitrage les litiges ou contestations qui pourraient naître relativement à ces traités.

Section 7 : Dispositions d'ordre public

Article L932-38

Les dispositions du présent chapitre ne peuvent être modifiées par contrat ou convention.

Section 8 : Accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès

Article L932-39

L'accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès est garanti dans les conditions fixées par les articles L. 1141-1 à L. 1141-3 du code de la santé publique ci-après reproduits :

Art.L. 1141-1.-Les entreprises et organismes qui proposent une garantie des risques d'invalidité ou de décès ne doivent pas tenir compte des résultats de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne demandant à bénéficier de cette garantie, même si ceux-ci leur sont transmis par la personne concernée ou avec son accord. En outre, ils ne peuvent poser aucune question relative aux tests génétiques et à leurs résultats, ni demander à une personne de se soumettre à des tests génétiques avant que ne soit conclu le contrat et pendant toute la durée de celui-ci.

Art.L. 1141-2.-Une convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant, du fait de leur état de santé ou de leur handicap, un risque aggravé est conclue entre l'Etat, les organisations professionnelles représentant les établissements de crédit, les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance ainsi que des organisations nationales représentant les malades et les usagers du système de santé agréées en vertu de l'article L. 1114-1 ou représentant les personnes handicapées. Cette convention a pour objet :

-de faciliter l'assurance des prêts demandés par les personnes présentant un risque aggravé en raison de leur état de santé ou d'un handicap ;

-d'assurer la prise en compte complète par les établissements de crédit des garanties alternatives à l'assurance ;

-de définir des modalités particulières d'information des demandeurs, d'instruction de leur dossier et de médiation.

Toute personne présentant, du fait de son état de santé ou de son handicap, un risque aggravé bénéficie de plein droit de cette convention.

Art.L. 1141-2-1.-La convention prévue à l'article L. 1141-2 définit notamment :

1° Les conditions d'âge des emprunteurs, l'objet, le montant et la durée des prêts ;

2° Les modalités d'information des demandeurs d'emprunt sur les dispositions relatives à l'accès au crédit et à l'assurance emprunteur ;

3° Les conditions dans lesquelles un demandeur d'emprunt peut se prévaloir, pendant un délai déterminé, d'une offre d'assurance, y compris pour un bien différent de celui visé par cette offre ;

4° La couverture des risques décès et invalidité, dans les cas où elle est requise ;

5° Les garanties de confidentialité des données à caractère personnel et de nature médicale ;

6° Un mécanisme de mutualisation, mis en oeuvre par les entreprises d'assurance, les mutuelles et institutions de prévoyance et les établissements de crédit, permettant, sous condition de ressources des demandeurs d'emprunt, de limiter le coût additionnel résultant du risque aggravé pour l'assurance décès et invalidité des crédits professionnels et des crédits destinés à l'acquisition de la résidence principale ;

7° Les dispositifs d'études et de recherche permettant de recueillir, d'analyser et de publier les données disponibles sur la mortalité et la morbidité résultant des principales pathologies, en vue de fournir les éléments statistiques nécessaires à la tarification du risque ;

8° La procédure d'instruction des demandes d'emprunt et les modalités selon lesquelles la personne est informée des motifs des refus d'assurance ;

9° Un dispositif de médiation entre, d'une part, les personnes présentant un risque aggravé de santé et, d'autre part, les organismes d'assurance et les établissements de crédit ;

10° La composition et les modalités de fonctionnement d'une instance de suivi et de propositions associant les parties et chargée d'évaluer régulièrement la réalisation des objectifs et engagements de la convention.

Art.L. 1141-3.-La convention prévue à l'article L. 1141-2 est conclue pour une durée de trois ans. La convention et ses avenants sont publiés au Journal officiel.

Pour celles de ses dispositions qui prévoient les conditions de collecte et d'utilisation ainsi que les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale, la convention fait l'objet, préalablement à sa conclusion, d'une consultation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, qui donne un avis sur sa conformité à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A défaut d'accord, ou en cas de dénonciation, compromettant la mise en oeuvre ou la pérennité du dispositif conventionnel, les conditions de collecte et d'utilisation et les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale sont fixées dans les six mois par décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Au cas où la convention ne serait pas signée par l'une des organisations professionnelles mentionnées à l'article L. 1141-2, un décret peut, après consultation des signataires de la convention et de l'organisation professionnelle non signataire, étendre son application aux entreprises et organismes représentés par l'organisation non signataire.

A défaut de prorogation ou de renouvellement de la convention ou en cas de dénonciation de la convention, les dispositions énumérées à l'article L. 1141-2-1 sont fixées dans les six mois par décret en Conseil d'Etat. Ce décret prend effet à la date d'expiration de la convention.

Section 9 : Retraite professionnelle supplémentaire.

Article L932-40

La présente section s'applique aux opérations pratiquées par les institutions de prévoyance dans le cadre de l'agrément administratif accordé pour les activités de retraite professionnelle

supplémentaire. Peuvent être proposés, dans le cadre de cet agrément, les contrats d'assurance sur la vie dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle et sont versées en supplément des prestations servies par les régimes de base et complémentaires légalement obligatoires. Ces contrats sont souscrits :

1° Par un employeur ou un groupe d'employeurs au profit de leurs salariés ou anciens salariés, ou par un groupement professionnel représentatif d'employeurs au profit des salariés ou anciens salariés de ceux-ci. Ils revêtent un caractère collectif déterminé dans le cadre d'une des procédures mentionnées à l'article L. 911-1 ;

2° Ou par un groupement défini à l'article 41 modifié de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ou au I de l'article 55 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997, d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines.

Article L932-41

Les prestations relatives aux contrats mentionnés à l'article L. 932-40 sont payables au participant à compter de la date de liquidation de sa pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse ou à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1. Elles peuvent prévoir des garanties complémentaires en cas de décès de l'adhérent avant ou après la cessation d'activité professionnelle, ainsi qu'en cas d'invalidité et d'incapacité.

Les droits individuels en cours de constitution relatifs aux contrats mentionnés à l'article L. 932-40 sont transférables vers un autre contrat mentionné à l'article L. 932-40, ainsi que, dans des conditions et des limites fixées par décret, vers un plan d'épargne retraite populaire défini à l'article L. 144-2 du code des assurances. Ces droits sont également transférables vers un contrat offrant les prestations mentionnées à l'article L. 932-40, mais n'ayant pas été souscrit dans le cadre de l'agrément administratif mentionné au premier alinéa de cet article. La notice d'information précise les modalités d'exercice de la clause de transférabilité. Toutefois, lorsque l'adhésion à ces contrats revêt un caractère obligatoire déterminé dans le cadre d'une des procédures mentionnées à l'article L. 911-1, les droits individuels relatifs à ces contrats ne sont transférables que lorsque le participant n'est plus tenu d'y adhérer.

Il est institué pour chaque contrat mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 932-40, ne relevant pas du b du 1 du I de l'article 163 quater viciés du code général des impôts et dont le nombre des participants est supérieur à un seuil fixé par un arrêté conjoint du ministre chargé de l'économie, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la mutualité, un comité de surveillance chargé de veiller à la bonne exécution du contrat et à la représentation des intérêts des adhérents, et établi dans les six mois suivant le franchissement du seuil susmentionné, y compris suite à la décision mentionnée à l'article L. 143-8 du code des assurances. Le comité de surveillance est composé à part égale de représentants des salariés et des employeurs. Les membres du comité de surveillance sont tenus au secret professionnel à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par les personnes consultées dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal. Le comité peut entendre le ou les commissaires aux comptes mentionnés à l'article L. 932-45 sur les comptes mentionnés à cet article. Ils sont sur cette question déliés à son égard de l'obligation du secret professionnel.

Les deuxième et troisième alinéas ne s'appliquent ni aux contrats à prestations définies bénéficiant du régime prévu au 2° et au 2° 0 bis de l'article 83 du code général des impôts, ni à ceux entrant dans le champ d'application de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale. Ils ne s'appliquent pas non plus aux contrats ayant pour seul objet la prestation d'indemnités de départ en retraite mentionnée à l'article L. 122-14-13 du code du travail.

Article L932-42

L'agrément mentionné à l'article L. 932-40 est délivré dans les conditions prévues à l'article L. 931-4. Il ne peut être accordé qu'aux institutions de prévoyance agréées pour exercer les opérations dépendant de la durée de la vie humaine, y compris les opérations collectives mentionnées à l'article L. 932-24.

Cet agrément vaut également agrément pour les activités des institutions de prévoyance en tant qu'institution de retraite professionnelle dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Article L932-43

Nonobstant les dispositions du code de commerce relatives aux comptes sociaux, l'institution de prévoyance établit une comptabilité auxiliaire d'affectation pour les opérations relevant de la présente section et des opérations mentionnées à l'article L. 310-14 du code des assurances. Cette disposition peut s'appliquer individuellement à un contrat selon des conditions fixées par décret.

Les comptabilités auxiliaires d'affectation relatives à des opérations relevant du présent chapitre, mentionnées à l'article L. 932-24 et, pour les contrats relevant du b du 1 du I de l'article 163 quater viciés du code général des impôts, celles mentionnées au VII de l'article L. 144-2 du code des assurances, sont établies séparément de la comptabilité auxiliaire d'affectation mentionnée à l'alinéa précédent.

L'Autorité de contrôle prudentiel peut également exiger que l'entreprise d'assurance établisse séparément de la comptabilité mentionnée au premier alinéa une comptabilité auxiliaire d'affectation pour les opérations mentionnées à l'article L. 310-14 du code des assurances.

Les actifs de chaque contrat sont conservés par un dépositaire unique distinct de l'entreprise d'assurance, qui exerce à titre principal le service mentionné au 1 de l'article L. 321-2 du code monétaire et financier, et qui peut être agréé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou dans autre Etat Partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Article L932-44

En cas d'insuffisance de représentation des engagements faisant l'objet de la comptabilité auxiliaire d'affectation mentionnée au premier alinéa de l'article L. 932-43, de celles mentionnées au deuxième alinéa, ou de celle mentionnée au troisième alinéa de cet article, et sans préjudice de toute procédure qui pourrait être engagée dans le cadre du titre V du livre III du code des assurances, l'institution de prévoyance et le ou les souscripteurs conviennent d'un plan de redressement permettant de parfaire la représentation de ces engagements par affectation d'actifs représentatifs de

réserves ou de provisions autres que ceux représentatifs de ses engagements réglementés. Lorsque la représentation des engagements du ou des contrats le rend possible, les actifs affectés à ce ou ces contrats ou leur contre-valeur sont réaffectés aux autres opérations de l'entreprise d'assurance dans des conditions convenues entre celle-ci et le ou les souscripteurs des contrats faisant l'objet de la comptabilité auxiliaire d'affectation. En cas de désaccord entre les parties, l'autorité de contrôle instituée à l'article L. 951-1 détermine le montant et le calendrier d'affectation d'actifs par l'institution de prévoyance.

L'élaboration du plan de redressement mentionné au premier alinéa tient compte de la situation particulière de l'institution de prévoyance au titre de la comptabilité auxiliaire faisant l'objet dudit plan. Ce plan est tenu à la disposition des adhérents.

Article L932-45

La précision qu'il s'agit d'un contrat de retraite professionnelle supplémentaire relevant des dispositions de la présente section doit figurer dans la notice.

L'institution de prévoyance établit et arrête, dans les mêmes conditions que ses comptes individuels, le rapport de gestion et les comptes annuels relatifs à la ou les comptabilités auxiliaires d'affectation mentionnée à l'article L. 932-43. Le ou les commissaires aux comptes de l'institution de prévoyance certifient que ces comptes annuels sont réguliers et sincères. Ces documents sont remis à leur demande aux souscripteurs dans les six mois qui suivent la clôture de l'exercice précédent, et sont tenus à la disposition des participants et bénéficiaires.

Lors de la liquidation de ses droits, l'institution de prévoyance informe chaque participant ou bénéficiaire, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, sur le montant des prestations qui lui sont dues et sur les options de paiement correspondantes.

L'institution de prévoyance établit et révisé au moins tous les trois ans, globalement pour les opérations relevant du présent chapitre, un rapport indiquant sa politique de placement et les risques techniques et financiers y afférents. Ce rapport doit être mis à jour dans un délai de trois mois après tout changement majeur de la politique de placement. Il est remis, sur demande, au souscripteur. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale précise les autres informations qui, sur demande ou périodiquement, doivent être remises aux adhérents.

Article L932-46

Sans préjudice des droits des titulaires de créances nées de la gestion de ces opérations, aucun créancier de l'entreprise d'assurance, autre que les participants ou bénéficiaires au titre des opérations relevant du présent chapitre, ne peut se prévaloir d'un quelconque droit sur les biens et droits résultant de l'enregistrement comptable établi en vertu du premier alinéa de l'article L. 932-43, même sur le fondement du livre VI du code de commerce, des articles 2331 et 2375 du code civil, des articles L. 310-25, L. 326-2 à L. 327-6 et L. 441-8 du code des assurances, de l'article L. 932-24 du code de la sécurité sociale ou de l'article L. 212-23 du code de la mutualité.

Sous réserve de l'article L. 932-44, les participants ou bénéficiaires au titre des opérations relevant du présent chapitre et de l'article L. 310-14 du code des assurances ne peuvent se prévaloir d'un quelconque droit sur les biens et droits résultant des autres opérations de l'institution de prévoyance, même sur le fondement du livre VI du code de commerce, des articles 2331 et 2375 du code civil, des articles L. 310-25, L. 326-2 à L. 327-6 et L. 441-8 du code des assurances, de l'article L. 932-24 du code de la sécurité sociale ou de l'article L. 212-23 du code de la mutualité.

Article L932-47

L'institution peut, dans les conditions mentionnées à l'article L. 143-8 du code des assurances, soumettre à la présente section tout contrat offrant les prestations mentionnées à l'article L. 932-40, mais n'ayant pas été souscrit dans le cadre de l'agrément administratif mentionné au premier alinéa de cet article.

Article L932-48

Les institutions de prévoyance peuvent proposer des services d'institutions de retraite professionnelle sur le territoire d'un autre Etat membre de la Communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans les conditions fixées à l'article L. 310-14 du code des assurances.

Un décret en Conseil d'Etat précise les règles techniques et de garantie applicables aux opérations mentionnées à l'article L. 932-40, ainsi que les conditions d'application des articles L. 932-40 à L. 932-46, et notamment les modalités de constitution et de fonctionnement du comité de surveillance.

Section 10 : Dispositions relatives aux activités d'intermédiation en assurance et en réassurance.

Article L932-49

Lorsqu'elles y sont autorisées par leurs statuts, les institutions de prévoyance et les unions peuvent recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance. Les dispositions du livre III et du livre V du code des assurances relatives aux intermédiaires sont applicables aux intermédiaires des institutions de prévoyance et des unions.

Article L932-50

Lorsque l'intermédiaire a été désigné par une personne morale souscriptrice, l'institution de prévoyance ou l'union informe cette dernière du montant et du destinataire de la rémunération versée.

L'institution de prévoyance ou l'union ne peut déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion du contrat collectif que si ses statuts l'y autorisent. L'assemblée générale définit les principes que doivent respecter ces délégations de gestion. Le délégué rend compte chaque année de sa gestion au conseil d'administration de l'institution de prévoyance ou de l'union.

Article L932-51

Le conseil d'administration établit, chaque année, un rapport qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L. 932-49 et L. 932-50.

Chapitre 3 : Institutions de prévoyance appartenant à un groupe

Section 1 : Solvabilité des institutions de prévoyance et des unions d'institutions de prévoyance et surveillance complémentaire des conglomérats financiers.

Article L933-1

Pour l'application des dispositions du présent chapitre :

1° L'expression : "organisme assureur" désigne toute institution de prévoyance régie par le présent titre ou par l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime, mutuelle ou union de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité ou entreprise d'assurance ou de réassurance régie par le code des assurances ainsi que les entreprises d'assurance et de réassurance dont le siège est situé hors de France ;

2° L'expression : "organisme assureur à gestion paritaire" désigne tout organisme assureur dont le conseil d'administration ou l'organe assimilé prend ses décisions par la voie de délibérations de représentants des employeurs et de représentants des salariés.

Article L933-2

Pour l'application de la présente section et des dispositions législatives et réglementaires relatives à la solvabilité des institutions de prévoyance et des unions d'institutions de prévoyance et à la surveillance complémentaire des conglomérats financiers :

1° L'expression : " organisme de référence " désigne un organisme ayant une activité économique qui contrôle de manière exclusive un autre organisme au sens du II de l'article L. 233-16 du code de commerce ou qui exerce une influence dominante sur un autre organisme ayant une activité

économique à raison de l'existence de liens de solidarité importants et durables résultant d'engagements financiers ou de dirigeants ou de services communs. Ce second organisme est dénommé " organisme subordonné ". Tout organisme subordonné à un organisme subordonné est considéré comme subordonné à l'organisme de référence ;

2° L'expression : " participation " désigne le fait de détenir, directement ou indirectement, au moins 20 % des droits de vote ou du capital d'une société, ou un ensemble de droits dans le capital d'une société, qui, en créant un lien durable avec celle-ci, est destiné à contribuer à l'activité de ladite société ;

3° L'expression : " organisme participant " désigne un organisme de référence au sens du 1° du présent article ou un organisme qui détient une participation dans un organisme ou un organisme lié à un autre organisme par des organes d'administration, de direction ou de surveillance composés en majorité des mêmes personnes ;

4° L'expression " organisme affilié " désigne un organisme qui est soit subordonné, soit un autre organisme dans lequel une participation est détenue, soit un organisme lié à un autre organisme par une relation précisée au 6° du présent article ;

5° L'expression : " organisme apparenté " désigne tout organisme affilié, participant ou affilié d'un organisme participant d'un organisme ;

6° L'expression " groupe financier " désigne un ensemble d'organismes composé d'un organisme de référence, de ses organismes subordonnés et des entités dans lesquelles l'organisme de référence ou ses organismes subordonnés détiennent des participations, ainsi que des entités liées de telle sorte que leurs organes d'administration, de direction ou de surveillance sont composés en majorité des mêmes personnes ou qu'elles sont placées sous une direction unique en vertu d'un contrat ou de clauses statutaires. Les établissements affiliés à un réseau et l'organe central au sens de l'article L. 511-31 du code monétaire et financier sont considérés comme faisant partie d'un même groupe pour l'application du présent chapitre. Il en est de même pour les entités appartenant à des groupes coopératifs régis par les dispositions similaires dans la législation qui leur est applicable ;

7° L'expression " entité réglementée " désigne une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance régie par le titre III du livre IX du présent code, un établissement de crédit ou une entreprise d'investissement ayant son siège social dans un Etat membre ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

8° L'expression " compagnie financière holding mixte " désigne un organisme de référence autre qu'une entité réglementée qui, avec ses organismes subordonnés, dont l'un au moins est une entité réglementée ayant son siège dans un Etat membre ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, constitue un conglomérat financier ;

9° L'expression " secteur financier " désigne un secteur composé d'une ou plusieurs entités appartenant aux secteurs suivants :

a) Le secteur bancaire et des services d'investissement, qui comprend les établissements de crédit, les entreprises d'investissement, les établissements financiers ou les entreprises à caractère financier dont le siège social est situé dans un Etat membre ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

b) Le secteur des assurances, qui comprend les entreprises d'assurance, les sociétés de groupe d'assurance, les mutuelles, les unions de mutuelles, les institutions de prévoyance, les unions d'institutions de prévoyance, les groupements paritaires de prévoyance ou les sociétés de réassurance dont le siège social est situé dans un Etat membre ou dans un autre Etat partie à l'accord

sur l'Espace économique européen.

Le secteur financier comprend également, le cas échéant, une ou plusieurs compagnies financières holding mixtes ;

10° L'expression " autorité compétente " désigne toute autorité nationale d'un Etat membre ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen dotée, par une disposition législative ou réglementaire, du pouvoir de surveiller, individuellement ou à l'échelle du groupe, l'une ou plusieurs des catégories d'entités réglementées suivantes :

- a) Les entreprises d'assurances ;
- b) Les mutuelles ;
- c) Les institutions de prévoyance ;
- d) Les entreprises de réassurance ;
- e) Les établissements de crédit ;
- f) Les entreprises d'investissement ;

11° L'expression " autorité compétente concernée " désigne :

1° Toute autorité compétente des Etats responsable de la surveillance sectorielle consolidée ou combinée des entités réglementées appartenant à un conglomérat financier ;

2° Le coordonnateur désigné conformément à l'article L. 933-4-6, s'il est différent des autorités mentionnées au point a ;

3° Les autres autorités compétentes lorsque les autorités mentionnées aux 1° et 2° le jugent opportun ;

12° L'expression " règles sectorielles " désigne les règles concernant la surveillance prudentielle des entités réglementées et les règles concernant la surveillance complémentaire instituée à l'article L. 933-3.

Article L933-3

Les institutions de prévoyance apparentées à au moins un autre organisme assureur ou subordonnées à un organisme ayant une activité économique font l'objet d'une surveillance complémentaire de leur situation financière par l'Autorité de contrôle prudentiel.

La surveillance complémentaire tient compte des organismes qui sont apparentés à l'institution. L'Autorité de contrôle peut toutefois décider d'exclure un organisme apparenté de la surveillance complémentaire si elle estime que sa prise en compte présenterait un intérêt négligeable ou serait contraire aux objectifs de cette surveillance.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment :

- les données et informations nécessaires à l'exercice de la surveillance complémentaire ;

- les règles prudentielles applicables dans le cadre de la surveillance complémentaire.

Article L933-3-1

I.-L'Autorité de contrôle prudentiel peut demander aux organismes soumis à une surveillance complémentaire en application de l'article L. 933-3 les données ou informations qui, nécessaires à l'exercice de cette surveillance, sont détenues par leurs organismes apparentés. Si ces derniers organismes ne fournissent pas ces données et informations, l'Autorité peut leur demander directement.

Les organismes soumis à une surveillance complémentaire et dont le siège social est situé en France transmettent les données ou informations nécessaires à leurs organismes apparentés ayant leur siège social dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen pour l'exercice de la surveillance complémentaire par les autorités compétentes de cet Etat.

II.-L'Autorité de contrôle prudentiel peut procéder à la vérification sur place des informations nécessaires à la surveillance complémentaire instituée aux articles L. 334-3 du code des assurances, L. 212-7-2 du code de la mutualité ou L. 933-3 du présent code, auprès de l'entreprise d'assurance, de la mutuelle ou de l'union, de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance et de leurs organismes apparentés.

Lorsque, dans le cadre de la surveillance complémentaire, l'Autorité souhaite vérifier des informations utiles à l'exercice de sa surveillance concernant un organisme situé dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, elle demande aux autorités compétentes de cet Etat qu'il soit procédé à cette vérification.

Article L933-4

Les institutions soumises à une surveillance complémentaire en application de l'article L. 933-3 demandent à leurs organismes apparentés les données ou informations nécessaires à l'exercice de cette surveillance. Les organismes apparentés sont tenus de procéder à cette transmission.

Les institutions soumises à une surveillance complémentaire transmettent les données ou informations nécessaires à leurs organismes apparentés ayant leur siège social dans un Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen pour l'exercice de la surveillance complémentaire par les autorités compétentes de cet Etat.

Article L933-4-1

Les entités réglementées appartenant à un conglomérat financier font l'objet d'une surveillance complémentaire dans les conditions prévues au chapitre III du titre III du livre VI du code monétaire et financier, sans préjudice des règles sectorielles qui leur sont applicables.

Article L933-4-2

I. - Un groupe financier constitue un conglomérat financier lorsque les conditions suivantes sont remplies :

1° Une entité réglementée est à la tête du groupe ou l'un des organismes subordonnés du groupe au moins est une entité réglementée et :

a) Dans le cas où une entité réglementée est à la tête du groupe, il s'agit soit de l'organisme de référence d'une entité du secteur financier, soit d'une entité qui détient une participation dans une entité du secteur financier, soit d'une entité liée à une entité du secteur financier au sens de l'article L. 933-2, 6° ;

b) Dans le cas où il n'y a pas d'entité réglementée à la tête du groupe, les activités de ce dernier s'exercent principalement dans le secteur financier ;

2° L'une au moins des entités du groupe appartient au secteur des assurances et l'une au moins appartient au secteur bancaire et des services d'investissement ;

3° Les activités consolidées ou agrégées des entités du groupe dans le secteur des assurances et les activités consolidées ou agrégées des entités dans le secteur bancaire et dans celui des services d'investissement sont importantes.

II. - Sont fixés par voie réglementaire :

1° Les seuils à partir desquels les activités d'un groupe sont considérées comme s'exerçant principalement dans le secteur financier ;

2° Les seuils à partir desquels l'activité dans chaque secteur est considérée comme importante ;

3° Les seuils, critères ou conditions en fonction desquels les autorités compétentes concernées peuvent décider d'un commun accord de ne pas considérer le groupe comme un conglomérat financier ou de ne pas lui appliquer les dispositions relatives à la surveillance complémentaire.

III. - Tout sous-groupe d'un groupe financier qui remplit les critères figurant au I du présent article est exempté du régime de la surveillance complémentaire lorsqu'il appartient à un groupe identifié comme conglomérat financier soumis, à ce titre, à une surveillance complémentaire. Néanmoins, le coordonnateur du conglomérat ou, le cas échéant, le coordonnateur désigné conformément à l'article L. 933-4-6 pour la surveillance complémentaire du sous-groupe peut soumettre par une décision motivée le sous-groupe au régime de surveillance complémentaire dans les conditions fixées par voie réglementaire.

Article L933-4-4

I. - La surveillance complémentaire exercée au niveau d'un conglomérat s'applique à toute entité réglementée remplissant l'un des critères suivants :

1° Elle constitue la tête du conglomérat ;

2° Elle a pour organisme de référence une compagnie financière holding mixte ayant son siège social dans un Etat membre ou un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

3° Elle est liée à une autre entité du secteur financier au sens du 7° de l'article L. 933-2.

II. - Dans des cas autres que ceux mentionnés au I et à l'article L. 933-4-15, lorsque des personnes détiennent une participation dans une ou plusieurs entités réglementées, ou ont un lien de participation avec ces entités ou exercent sur elles une influence notable qui ne résulte ni d'une participation ni d'un lien de participation, les autorités compétentes concernées déterminent, d'un commun accord, au regard des objectifs de la surveillance complémentaire si, et dans quelle mesure, une surveillance complémentaire des entités réglementées comprises dans cet ensemble doit être effectuée comme s'il constituait un conglomérat financier.

Pour appliquer cette surveillance complémentaire, les conditions énoncées aux 2° et 3° du I de l'article L. 933-4-2 doivent être remplies.

Article L933-4-5

Les entités réglementées appartenant à un conglomérat financier sont soumises dans des conditions précisées par voie réglementaire à des exigences complémentaires en matière d'adéquation des fonds propres, de transactions entre les différentes entités du conglomérat, de concentration et de gestion des risques et de contrôle interne.

Section 2 : Groupement paritaire de prévoyance

Article L933-5

Deux ou plusieurs institutions de prévoyance ou au moins une institution de prévoyance et un autre organisme assureur à gestion paritaire, ci-après qualifiés de membres fondateurs, peuvent constituer entre eux un groupement paritaire de prévoyance auquel peuvent ensuite adhérer d'autres organismes assureurs.

Les groupements paritaires de prévoyance ont pour objet de faciliter entre leurs membres qui demeurent, pour chacun d'entre eux, directement responsables de la garantie de leurs engagements, la définition et la mise en oeuvre d'orientations communes de leurs activités et de veiller à leur application par chacun de leurs membres notamment dans les domaines suivants : fixation des tarifs, politique de développement, gestion financière, principes directeurs communs en matière de cessions et d'acceptations en réassurance, gestion du personnel et action sociale. A cet effet, le conseil d'administration du groupement paritaire de prévoyance met en place une organisation commune permettant à celle-ci d'atteindre ces objectifs et de contrôler les mouvements financiers entre ses membres. En aucun cas, les groupements paritaires de prévoyance ne peuvent pratiquer des opérations d'assurance ou de réassurance.

Article L933-6

Les membres fondateurs d'un groupement paritaire de prévoyance disposent au moins de la moitié des sièges au conseil d'administration et à l'assemblée générale, lorsqu'elle existe. Toute clause contraire des statuts entraîne la nullité de la constitution du groupement.

Les membres fondateurs peuvent, par accord entre eux, décider de conférer cette même qualité à toute institution de prévoyance ou à tout autre organisme assureur à gestion paritaire qui adhère ultérieurement au groupement.

Article L933-7

Les statuts de tout organisme assureur faisant partie d'un groupement paritaire de prévoyance comportent obligatoirement une clause relative à l'appartenance à celui-ci.

Article L933-8

Les groupements paritaires de prévoyance jouissent de la personnalité morale à compter du dépôt de leurs statuts auprès de l'Autorité de contrôle prudentiel. Les modifications apportées à leurs statuts n'entrent en vigueur qu'à compter de leur dépôt auprès de l'Autorité de contrôle prudentiel. Les dispositions des sections 3 et 9 du chapitre Ier du présent titre et l'article L. 931-20 s'appliquent à ces groupements. Un décret en Conseil d'Etat précise leurs modalités de constitution et de fonctionnement et d'organisation d'une direction commune.

Partie législative

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 4 : Institutions de gestion de retraite supplémentaire.

Article L941-1

Les institutions de retraite supplémentaire régies par le présent titre dans sa rédaction en vigueur à la date de publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, qui à cette date ne sont pas en cours de dissolution, doivent, avant le 31 décembre 2009, soit déposer une demande en vue de leur agrément en qualité d'institution de prévoyance relevant du titre III du livre IX ou en vue de leur fusion avec une institution de prévoyance agréée, soit se transformer, sans constitution d'une nouvelle personne morale, en institutions de gestion de retraite supplémentaire régies par le présent titre.

Article L941-2

Les institutions de gestion de retraite supplémentaire mentionnées à l'article L. 941-1 ne peuvent accomplir d'opérations autres que celles relatives à la gestion administrative du ou des régimes de retraite supplémentaire ou d'indemnités de fin de carrière de leurs entreprises adhérentes.

Article L941-3

Les articles L. 931-9, L. 931-13, L. 931-17, L. 931-20 et L. 931-25 à L. 931-28 et les dispositions du chapitre Ier du titre III du présent livre relatives à la composition et au fonctionnement du conseil d'administration et de la commission paritaire ou de l'assemblée générale s'appliquent aux institutions de gestion de retraite supplémentaire.

Article L941-4

Un décret en Conseil d'Etat précise en tant que de besoin les modalités de fonctionnement des institutions de gestion de retraite supplémentaire et notamment les mentions qu'elles doivent faire

figurer dans leurs statuts et documents d'information. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les états comptables et statistiques que les institutions adressent chaque année à l'Autorité de contrôle prudentiel.

Partie législative

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 5 : Contrôle des institutions

Article L951-1

Pour l'exercice du contrôle des institutions, l'Autorité de contrôle prudentiel exerce sa mission dans les conditions prévues au chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier.

Article L951-2

I. - Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel estime qu'une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance n'est plus en mesure de faire face à ses engagements envers ses membres participants et bénéficiaires, elle décide de recourir au fonds paritaire de garantie après avoir consulté par écrit le président et le vice-président de celui-ci. S'il conteste la décision de l'Autorité, le président ou le vice-président du fonds peut, dans un délai de quinze jours à compter de celle-ci, saisir le ministre chargé de la sécurité sociale. Celui-ci peut alors, dans l'intérêt des membres participants et des bénéficiaires et dans un délai de quinze jours, demander à l'Autorité une nouvelle délibération après avoir recueilli l'avis écrit d'un collège arbitral dont la composition est fixée par décret en Conseil d'Etat.

La décision de l'Autorité de contrôle prudentiel de recourir au fonds paritaire de garantie est immédiatement notifiée à l'institution ou l'union concernée. En cas de mise en œuvre de la procédure décrite à l'alinéa précédent, seule la nouvelle délibération de l'Autorité est notifiée à l'institution ou à l'union.

II. - Dès cette notification, l'Autorité lance un appel d'offres en vue du transfert du portefeuille de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats de cette institution ou union. Cet appel d'offres est communiqué au fonds paritaire de garantie.

III. - L'Autorité retient les offres qui lui paraissent le mieux préserver l'intérêt des membres participants et bénéficiaires de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats, eu égard notamment à la solvabilité des organismes candidats, institutions relevant du titre III livre IX du présent code, unions ou mutuelles régies par le code de la mutualité ou entreprises d'assurance régies par le code des assurances, et aux taux de réduction des engagements qu'ils proposent.

La décision de l'Autorité qui prononce le transfert du portefeuille des bulletins d'adhésion ou de contrats au profit des institutions, unions, mutuelles ou entreprises d'assurance qu'elle a désignées et qui mentionne, le cas échéant, le taux de réduction pour chaque type de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats transférés est publiée au Journal officiel de la République française. Cette

décision libre l'institution ou l'union cédante de tout engagement envers les membres participants et bénéficiaires, dont les bulletins d'adhésion à un règlement ou contrats ont été transférés en vertu des dispositions du présent article.

Lorsque la procédure du transfert de portefeuille n'a pas abouti, l'Autorité en informe le fonds paritaire de garantie.

IV. - Les engagements et les actifs transférés font l'objet d'une comptabilité distincte. Les excédents éventuels dus à une sous-estimation des actifs ou à une surestimation des engagements dans le bilan de transfert reviennent aux membres participants et bénéficiaires de prestations, dont les bulletins d'adhésion à un règlement ou contrats ont été transférés.

V. - Le transfert de tout ou partie du portefeuille ou le constat de l'échec de la procédure de transfert emporte retrait, par l'Autorité, de tous les agréments administratifs de l'institution ou de l'union défaillante. Le fonds paritaire de garantie accompli, jusqu'à la nomination du liquidateur, les actes nécessaires à la gestion de la partie du portefeuille de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats qui n'a pas été transférée. L'administrateur provisoire nommé, le cas échéant, par l'Autorité de contrôle, peut accomplir les actes de gestion pour le compte du fonds paritaire de garantie.

Article L951-11

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait, pour tout dirigeant d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institution de prévoyance ou pour tout dirigeant que l'Autorité aura décidé de soumettre à son contrôle en application de l'article L. 951-2 :

1° Après mise en demeure, de ne pas répondre aux demandes d'information de l'Autorité de contrôle ou de mettre obstacle, de quelque manière que ce soit, à l'exercice par celle-ci de sa mission de contrôle, ou de lui communiquer sciemment des renseignements inexacts ;

2° De faire entrave à l'action de l'Autorité de contrôle prudentiel ou à l'exécution d'une décision prise en application des articles L. 612-33 et L. 612-34 du code monétaire et financier ;

3° De faire des déclarations mensongères ou de procéder à des dissimulations frauduleuses dans tout document produit au ministre chargé de la sécurité sociale ou porté à la connaissance du public et des membres adhérents ou participants.

Article L951-14

Par dérogation aux articles L. 631-4 et L. 631-5 du code de commerce, une procédure de redressement judiciaire ne peut être ouverte à l'égard d'une institution de prévoyance ou union d'institutions de prévoyance mentionnée à l'article L. 931-4 qu'à la requête de l'Autorité de contrôle prudentiel. Le tribunal peut également se saisir d'office, ou être saisi par le procureur de la République, d'une demande d'ouverture de cette procédure après avis conforme de l'Autorité. Les dispositions de l'article L. 931-21-1 sont applicables à la procédure de sauvegarde ou de redressement judiciaire.

Le président ne peut être saisi d'une demande d'ouverture d'une procédure de conciliation instituée par l'article L. 611-4 du code de commerce ou d'une procédure de sauvegarde visée à l'article L. 620-1 du même code, à l'égard d'une institution régie par le présent livre, qu'après avis conforme de l'Autorité de contrôle prudentiel.

Article L951-14-1

Les procédures de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires instituées par les titres II, III et IV du livre VI du code de commerce ne peuvent être ouvertes à l'égard d'une institution de prévoyance ou d'unions d'institutions de prévoyance mentionnées au I de l'article L. 931-4-1 du présent code qu'après avis de l'Autorité de contrôle prudentiel.

Le président du tribunal ne peut être saisi d'une demande d'ouverture de la procédure de conciliation instituée par le chapitre Ier du titre Ier du livre VI du code de commerce à l'égard d'une institution ou d'une union mentionnée au I de l'article L. 931-4-1 du présent code qu'après avis de l'Autorité de contrôle prudentiel.

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités selon lesquelles sont donnés les avis prévus aux premier et deuxième alinéas du présent article.

Article L951-16

En cas de transfert de portefeuille, la partie des droits des membres participants et bénéficiaires de prestations éventuellement non couverte par le cessionnaire est garantie dans les limites prévues par son règlement par un versement du fonds paritaire de garantie au cessionnaire.

Lorsque la procédure de transfert de portefeuille n'a pas abouti, les droits des membres participants et bénéficiaires de prestations sont garantis par un versement, à leur profit, du fonds paritaire de garantie, dans les limites prévues par le règlement du fonds.

Le fonds paritaire de garantie dispose d'un droit d'accès aux documents justificatifs du calcul de sa contribution, dont le montant est arrêté par l'Autorité de contrôle.

Partie législative

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 6 : Dispositions générales relatives à la protection sociale supplémentaire des travailleurs non salariés.

Article L961-1

Les dispositions du présent titre s'appliquent aux régimes et garanties collectives établis à titre obligatoire ou facultatif dans un cadre professionnel au profit des non salariés, anciens non salariés et de leurs ayants droit et qui s'ajoutent aux régimes légalement obligatoires des professions mentionnées notamment à l'article L. 621-3 ou relevant de la Caisse nationale des barreaux français mentionnée à l'article L. 723-1.

Les régimes et garanties collectives mentionnés au premier alinéa ont notamment pour objet de prévoir la couverture des risques et la constitution des avantages mentionnés à l'article L. 911-2.

Ces régimes et garanties collectives, obligatoires ou facultatifs, sont gérés par les entreprises régies par le code des assurances, par les mutuelles relevant du code de la mutualité, par les organismes mentionnés à l'article L. 621-2 fonctionnant pour les groupes professionnels définis aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article L. 621-3 et par les organismes mentionnés aux articles L. 644-1 et L. 723-1.

Les dispositions du présent titre ne s'appliquent pas aux régimes complémentaires obligatoires qui relèvent d'un règlement européen de coordination des législations nationales de sécurité sociale pris sur la base des articles 42 et 308 du traité instituant la Communauté européenne.

Article L961-2

Les dispositions du présent titre sont d'ordre public.

Article L961-3

Les régimes et les garanties collectives mentionnés à l'article L. 961-1 ne peuvent prévoir, en cas de radiation des affiliés, des conditions différentes de maintien des droits à retraite, selon que les

assurés ou leurs ayants droit restent sur le territoire français ou vont résider dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Article L961-4

Les organismes qui gèrent les opérations mentionnées à l'article L. 961-3 sont tenus d'assurer le versement des prestations ou avantages de retraite, d'invalidité et de décès aux assurés et à leurs ayants droit résidant dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, nets de taxes et de frais.

Article L961-5

Les organismes qui gèrent les opérations mentionnées à l'article L. 961-3 sont tenus d'adresser à leurs ressortissants qui cessent d'être affiliés avant d'avoir fait liquider leurs droits, au plus tard trois mois après la date d'effet de leur radiation, une note d'information sur leurs droits à retraite, mentionnant notamment les modalités et les conditions selon lesquelles ils pourront obtenir la liquidation de leurs droits.