

# Code de la sécurité sociale

## Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

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

#### Titre 1 : Généralités

#### Chapitre 1er : Organisation de la sécurité sociale.

##### Article R111-1

L'organisation de la sécurité sociale comprend :

1° En ce qui concerne le régime général :

- a) La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des caisses primaires d'assurance maladie ;
- b) La Caisse nationale des allocations familiales et des caisses d'allocations familiales ;
- c) La Caisse nationale d'assurance vieillesse et, pour les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, la Caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg ;
- d) L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ;
- e) L'Union des caisses nationales de sécurité sociale ;
- f) Des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ;
- g) Dans les départements d'outre-mer, des caisses générales de sécurité sociale ;
- h) Des unions ou fédérations de caisses ;

2° En ce qui concerne le régime agricole, des organismes de mutualité sociale agricole comprenant la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, des caisses de mutualité sociale agricole ainsi que leurs associations et groupements d'intérêt économique ;

3° En ce qui concerne le régime social des indépendants, la Caisse nationale du régime social des indépendants et des caisses de base ;

4° En ce qui concerne les régimes spéciaux à certaines branches d'activité ou certaines entreprises pour tout ou partie des prestations, des caisses, organismes et services ;

5° En ce qui concerne les régimes obligatoires de base d'assurance maladie, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;

6° En ce qui concerne le régime des expatriés, la Caisse des Français de l'étranger ;

7° Tous autres organismes et services qui assurent, en tout ou partie des attributions dévolues aux organismes et services mentionnés aux 1° à 6°.

## **Chapitre 2 : Ministres compétents.**

### **Article R112-1**

Sous réserve des dispositions du deuxième alinéa, le ministre chargé de la sécurité sociale est chargé de l'application de l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité sociale.

En ce qui concerne le régime agricole et le régime d'assurance des marins, le ministre chargé de la sécurité sociale exerce ces attributions conjointement avec, respectivement, le ministre chargé de l'agriculture et le ministre chargé de la marine marchande.

Le ministre chargé du budget participe à la tutelle de l'organisation de la sécurité sociale pour les questions relevant de sa compétence.

Les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget exercent le contrôle de l'Etat prévu à l'article L. 151-1, notamment en étant représentés par des commissaires du Gouvernement. Les dispositions particulières qui régissent les régimes autres que le régime général peuvent prévoir que le ministre chargé du secteur désigne un représentant qui assiste au conseil d'administration des organismes.

### **Article R112-2**

Avec le concours des organismes de sécurité sociale, le ministre chargé de la sécurité sociale prend toutes mesures utiles afin d'assurer l'information générale des assurés sociaux.

Il établit annuellement dans le cadre des mesures générales de coordination déjà existantes les directives selon lesquelles s'exerce l'action des organismes de sécurité sociale en matière de prévention des accidents du travail.

Il contrôle la réalisation, par les organismes de sécurité sociale, du plan d'action sanitaire et sociale.

Il prend toutes mesures nécessaires à la mise en oeuvre de l'action sociale en faveur des personnes âgées.

## **Chapitre 3 : Inspection générale.**

## **Article R113-1**

Le contrôle des divers régimes de sécurité sociale est confié à une inspection générale de la sécurité sociale placée sous l'autorité du ministre chargé de la sécurité sociale et, en tant que de besoin, des ministres intéressés.

Un décret fixe les attributions et la composition de cette inspection générale.

## **Chapitre 4 bis : Organisations comptables**

### **Article R114-6-1**

I.-Pour l'ensemble des organismes et régimes de sécurité sociale visés à l'article L. 114-6-1 du présent code, les comptes annuels et les comptes combinés sont établis par l'agent comptable et arrêtés par le directeur. Les comptes annuels et les comptes combinés sont ensuite présentés par le directeur et l'agent comptable au conseil d'administration, instance ou commission délibérative compétente qui les approuve sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres :

1° Après avoir pris connaissance du rapport de certification prévu à l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières pour ce qui concerne les comptes faisant l'objet de la certification prévue au même article ;

2° Au vu de l'opinion émise par l'instance chargée de la certification pour ce qui concerne les comptes qui font l'objet de la certification prévue à l'article L. 114-8 du présent code ;

3° Au vu du rapport de validation prévu à l'article D. 114-4-2 du code de la sécurité sociale pour ce qui concerne les organismes visés au deuxième alinéa de l'article L. 114-6.

II.-Pour l'application des troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 114-6 du présent code, les comptes annuels et les comptes combinés, constitués du bilan, du compte de résultat et de l'annexe sont, selon un calendrier fixé par arrêté, établis pour être mis à la disposition des instances chargées de leur certification puis transmis au ministre chargé de la sécurité sociale, à la Cour des comptes, aux instances chargées de la certification et au ministre de l'agriculture pour ce qui concerne les comptes des régimes de protection sociale agricole.

## **Chapitre 4 ter : Contrôle et lutte contre la fraude**

### **Article R114-10**

L'organisme de sécurité sociale compétent pour prononcer les pénalités financières mentionnées à l'article L. 114-17 est celui qui est victime des faits mentionnés aux 1° à 4° du I du même article.

## Article R114-11

Lorsqu'il envisage de faire application de l'article L. 114-17, le directeur de l'organisme le notifie à l'intéressé en précisant les faits reprochés et le montant de la pénalité envisagée et en lui indiquant qu'il dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu, s'il le souhaite, ou pour présenter des observations écrites.

Si, après réception des observations écrites ou audition de la personne concernée dans les locaux de l'organisme ou en l'absence de réponse de cette personne à l'expiration du délai mentionné à l'alinéa précédent, le directeur décide de poursuivre la procédure, il fixe le montant de la pénalité et le notifie à la personne concernée. Celle-ci peut, dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette notification, former un recours gracieux contre la décision fixant le montant de la pénalité auprès du directeur. Dans ce cas, le directeur saisit la commission mentionnée au septième alinéa du I de l'article L. 114-17 et lui communique, le cas échéant, les observations écrites de la personne concernée ou le procès-verbal de son audition.

Après que le directeur de l'organisme ou son représentant a présenté ses observations, et après avoir entendu la personne en cause, si celle-ci le souhaite, la commission rend un avis motivé, portant notamment sur la matérialité des faits reprochés, sur la responsabilité de la personne et sur le montant de la pénalité susceptible d'être appliquée.

La commission doit émettre son avis dans un délai d'un mois à compter de sa saisine. Elle peut, si un complément d'information est nécessaire, demander au directeur un délai supplémentaire d'un mois. Si la commission ne s'est pas prononcée au terme du délai qui lui est imparti, l'avis est réputé rendu.

Le directeur dispose d'un délai de trois semaines à compter de la réception de l'avis de la commission ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu pour fixer le montant définitif de la pénalité et le notifier à la personne en cause ou pour l'aviser que la procédure est abandonnée. A défaut, la procédure est réputée abandonnée.

Lors des auditions mentionnées au présent article, la personne en cause peut se faire assister ou se faire représenter par la personne de son choix.

Les notifications prévues au présent article s'effectuent par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée par le directeur de l'organisme à l'intéressé. Copie en est envoyée le même jour par lettre simple.

La décision fixant le montant définitif de la pénalité précise la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et mentionne l'existence d'un délai d'un mois à partir de sa réception imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées ainsi que les voies et délais de recours.

La mise en demeure prévue à l'article L. 114-17 est adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Elle comporte les mêmes mentions que la notification de la pénalité en ce qui concerne la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et indique l'existence du délai de paiement d'un mois à compter de sa réception, assorti d'une majoration de 10 %, ainsi que les voies et délais de recours.

Les dispositions des articles R. 133-3 et R. 133-5 à R. 133-7 sont applicables à la contrainte instituée par l'article L. 114-17. La contrainte peut toutefois être notifiée au débiteur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou lui être signifiée par acte d'huissier.

## **Article R114-12**

La commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 114-11 est composée de quatre membres issus du conseil d'administration de l'organisme compétent pour prononcer la pénalité et désignés par lui en tenant compte de la répartition des sièges entre les différentes catégories représentées en son sein.

Les membres de la commission sont nommés pour la durée du mandat du conseil d'administration.

Le président de la commission est élu par ses membres. En cas de partage égal des voix, la désignation du président résulte d'un tirage au sort.

Les membres de la commission ne peuvent siéger lorsqu'ils ont un intérêt personnel ou direct à l'affaire qui est examinée.

Des suppléants en nombre égal au nombre de titulaires sont désignés dans les mêmes conditions que ceux-ci. Ils siègent lorsque les membres titulaires dont ils sont les suppléants sont empêchés ou intéressés par une affaire.

Le remplacement d'un membre de la commission, en cas de cessation de fonctions au cours du mandat, s'effectue dans les mêmes conditions que sa nomination et pour la durée du mandat qui reste à courir.

La commission ne peut donner son avis que si sont au moins présents trois de ses membres. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations.

## **Article R114-13**

I.-Peuvent faire l'objet de la pénalité mentionnée à l'article R. 114-11 les personnes qui ont obtenu indûment ou qui ont agi dans le but d'obtenir ou de faire obtenir indûment à des tiers le versement de prestations servies par les organismes chargés de la gestion des prestations d'assurance vieillesse ou des prestations familiales :

1° en fournissant de fausses déclarations, accompagnées, le cas échéant, de faux documents, relatives à l'état civil, à la résidence, à la qualité d'allocataire, de bénéficiaire ou d'ayant droit, à la situation professionnelle, au logement, à la composition de la famille, aux ressources ou à la durée de cotisation ou de périodes assimilées au titre de l'assurance vieillesse ;

2° ou en omettant de déclarer un changement de situation relatif à la résidence, à la qualité d'allocataire, de bénéficiaire ou d'ayant droit, à la situation professionnelle, au logement, à la

composition de la famille, aux ressources.

II.-Peuvent également faire l'objet de la pénalité mentionnée à l'article R. 114-11 :

1° Les successibles qui, en omettant de déclarer le décès d'un bénéficiaire dans un délai de six mois, ont obtenu ou tenté d'obtenir indûment le versement des prestations servies par les organismes chargés de la gestion des prestations d'assurance vieillesse ;

2° Les personnes pour lesquelles il a été constaté, dans les conditions prévues à l'article L. 114-15, une situation de travail dissimulé et qui ont bénéficié de prestations versées sous conditions de ressources ou de cessation d'activité par les organismes mentionnés au premier alinéa du I du présent article.

### **Article R114-14**

Le montant de la pénalité est fixé proportionnellement à la gravité des faits reprochés, en tenant compte notamment de leur caractère intentionnel ou répété, du montant et de la durée du préjudice et des moyens et procédés utilisés.

### **Article R114-16**

Les organismes concernés transmettent chaque année avant le 1er mars à la caisse nationale ou à la caisse centrale dont ils relèvent un rapport portant sur leur activité de l'année précédente au titre du présent chapitre.

### **Article R114-17**

Pour le contrôle de l'application de la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles, les employeurs, personnes privées ou publiques, et les travailleurs indépendants sont tenus de présenter aux agents des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail mentionnés à l'article L. 114-10 tout document que ces derniers leur demandent aux fins de l'exercice de leur mission, et de permettre auxdits agents l'accès aux locaux de l'entreprise.

Ces agents procèdent à toutes vérifications portant sur l'exactitude des déclarations, attestations et justificatifs de toute nature fournis en vue de faire bénéficier les victimes et leurs ayants droit des prestations servies au titre de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles.

### **Article R114-18**

Les agents des caisses primaires d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 114-10 procèdent à

toutes vérifications portant sur l'exactitude des déclarations, attestations et justificatifs de toute nature fournis en vue de bénéficier, ou de faire bénéficier des prestations servies au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, de la protection complémentaire en matière de santé, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ou de l'aide médicale de l'Etat.

Les agents susmentionnés peuvent, dans le cadre de leurs investigations, réclamer à la personne en cause la communication de tout document, ou copie de document, directement lié à l'activité ou aux faits contrôlés dès lors qu'il n'est pas porté atteinte au respect du secret médical. Dans ce dernier cas néanmoins, l'agent peut exiger que les éléments en cause soient adressés ou remis au service du contrôle médical.

Lorsque les vérifications portent sur le droit aux prestations calculées en fonction des revenus déclarés ou aux prestations versées sous conditions de ressources ou sous condition de volume de travail effectué, les agents susmentionnés peuvent mener leurs enquêtes auprès de toute personne physique ou morale susceptible de valider les renseignements d'ordre pécuniaire fournis par l'assuré à l'appui de sa demande de prestations.

### **Article R114-18-1**

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 114-9 est le responsable de chacun des services mentionnés aux articles R. 155-1 et R. 155-2.

### **Article R114-19**

L'agrément prévu à l'article L. 114-11 est délivré aux personnes chargées de procéder, dans une ou plusieurs circonscriptions consulaires dans un même pays, à des constatations portant sur :

1° Les éléments de la situation de fait des assurés sociaux résidant hors de France et de leurs ayants droit, nécessaires à la détermination des cotisations et prestations ;

2° Les revenus de source étrangère des personnes demandant le bénéfice de prestations sous condition de ressources ;

3° Les soins reçus hors de France, notamment la réalité de ces soins, leur tarification et leur coût pour l'assuré.

### **Article R114-20**

Peuvent être agréées les personnes qui remplissent les conditions suivantes :

1° Ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale devenue définitive ayant entraîné une peine d'emprisonnement pour des faits passibles d'une telle peine en droit français ; pour les personnes morales, cette condition s'applique à leurs dirigeants en exercice ; elle s'applique également aux collaborateurs qui seront, le cas échéant, chargés d'effectuer des constatations ;

2° Justifier exercer de manière effective et ininterrompue depuis au moins cinq ans une activité professionnelle les rendant aptes à effectuer tout ou partie des constatations mentionnées à l'article R. 114-19 ;

3° Disposer des moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation des constatations dans le champ géographique couvert par l'agrément ;

4° Justifier de diplômes ou de l'expérience professionnelle appropriés ; pour les personnes morales, cette condition s'applique à leurs dirigeants ; elle s'applique également aux collaborateurs chargés d'effectuer les constatations ;

5° Disposer d'une comptabilité certifiée par un expert indépendant ou visée par une autorité locale compétente.

## **Article R114-21**

I. # La demande d'agrément est déposée auprès de l'autorité consulaire de la circonscription ou, lorsqu'elle porte sur plusieurs circonscriptions, auprès de l'autorité consulaire de la circonscription dans laquelle le demandeur a sa résidence professionnelle, ou, pour une personne morale, son siège social ou son principal établissement.

II. # La demande d'agrément comporte les éléments suivants :

1° L'identité et l'adresse professionnelle de la personne physique ou la raison sociale, la forme juridique, l'identité des dirigeants et l'adresse du siège ou de l'établissement principal de la personne morale, ainsi que, le cas échéant, l'identité des collaborateurs chargés d'effectuer des constatations ;

2° Le cas échéant, la déclaration ou le certificat d'enregistrement de l'activité du demandeur auprès des autorités locales compétentes et, pour une personne morale, ses statuts ;

3° Les pièces délivrées par les autorités locales établissant que la condition prévue au 1° de l'article R. 114-20 est remplie ou, quand les autorités locales ne délivrent pas de telles pièces, une attestation sur l'honneur ;

4° Les documents justifiant des conditions mentionnées aux 2°, 3°, 4° et 5° de l'article R. 114-20.

III. # L'autorité consulaire ne délivre l'agrément qu'après avis favorable de l'établissement public compétent en matière de sécurité sociale désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

IV. # Le silence gardé pendant plus de trois mois par l'autorité consulaire sur la demande d'agrément vaut décision de rejet.

## **Article R114-22**

L'agrément est délivré pour trois ans. Il est renouvelable pour la même durée.

La demande de renouvellement est présentée par la personne physique ou morale agréée au plus tard trois mois avant l'expiration de l'agrément. Les dispositions du III et IV de l'article R. 114-21 sont applicables.

## **Article R114-23**

La personne agréée informe sans délai l'autorité consulaire de toute modification des éléments communiqués à l'appui de la demande d'agrément ou de son renouvellement.

Lorsqu'une des conditions fixées à l'article R. 114-20 cesse d'être remplie, l'agrément peut être retiré avant le terme prévu à l'article R. 114-22.

## **Article R114-24**

Les demandes des organismes de sécurité sociale tendant à ce que soient effectuées les constatations prévues à l'article R. 114-19 sont présentées aux personnes agréées par l'intermédiaire d'un établissement public figurant sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, avec lequel ces personnes ont préalablement conclu une convention.

Cette convention prévoit notamment les conditions dans lesquelles est assurée la confidentialité des données à caractère nominatif collectées à l'occasion de ces constatations.



## Article R114-25

Conformément à l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, est autorisée la création, par le ministère chargé de la sécurité sociale (direction de la sécurité sociale), d'un traitement de données à caractère personnel dénommé " Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) " mis en œuvre par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. Ce traitement a pour finalités de :

1° Simplifier les démarches des bénéficiaires de droits et prestations par la mise en commun, entre les organismes, d'informations dont la fiabilité est garantie par les organismes qui les fournissent ;

2° Améliorer l'appréciation des conditions d'ouverture, la gestion et le contrôle des droits et prestations des bénéficiaires de la protection sociale, par l'identification des bénéficiaires et ressortissants, par l'information des organismes habilités sur l'ensemble des rattachements, droits et prestations de leurs ressortissants et par l'aide apportée à ces organismes pour la détection de droits et prestations manquants ainsi que des anomalies et des fraudes ;

3° Rationaliser et fiabiliser, par l'utilisation des données d'identification du système national de gestion des identifiants géré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, les échanges de données entre les organismes de protection sociale, mentionnés notamment à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale ainsi que les échanges entre ces organismes et les administrations fiscales prévus par le présent code ;

4° Produire des statistiques anonymes à des fins de contrôle de la qualité des procédures ou de dénombrements relatifs à l'ensemble des informations contenues dans le RNCPS.

## Article R114-26

Les données à caractère personnel et les informations relatives à chaque bénéficiaire de droits et prestations, collectées et, le cas échéant, enregistrées dans le RNCPS, sont les suivantes :

1° Le numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) et celui ou ceux qui lui auraient été précédemment attribués ou, pour les personnes en instance d'attribution d'un numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques, un numéro identifiant d'attente (NIA) attribué par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à partir des données d'état civil, pour l'ensemble des organismes ;

2° Les données communes d'identification, qui comportent :

a) Le nom de famille, et, le cas échéant, le nom marital ou d'usage, et les prénoms ;

b) Le sexe ;

c) La date et le lieu de naissance ;

d) Le cas échéant, la mention du décès ;

3° Les données et informations centralisées de rattachement, qui comportent :

a) Les identifiants des organismes auxquels il est ou a été rattaché dans les cinq dernières années et, le cas échéant, les domaines de risques auxquels se rattachent les prestations gérées par ces organismes ;

b) La date de début et, le cas échéant, la date de fin de rattachement ainsi que le motif de fin de rattachement ;

4° Les données relatives aux prestations, qui comportent, pour chacun des droits ou prestations :

a) La nature des droits ou prestations ainsi que leur date d'effet ;

b) La qualité du bénéficiaire au regard de chacun de ces droits ou prestations ;

c) L'état de chacun des droits ou prestations, ainsi que la date d'effet et le motif de cet état ;

d) L'adresse déclarée pour l'ouverture du droit ou le versement de la prestation, la date d'effet de cette adresse et la mention d'incidents s'étant éventuellement produits avec cette adresse si l'organisme en a connaissance, ainsi que, s'ils ont été fournis par le bénéficiaire, les numéros de téléphone et adresses électroniques.

## **Article R114-27**

Les données et les informations centralisées de rattachement sont transmises par les organismes contributeurs. Sont contributeurs les organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 114-12-1. Ces données et informations, ainsi que les données mentionnées au 1° de l'article R. 114-26, sont conservées par le RNCPS.

Les données communes d'identification sont transmises, dès lors que des données centralisées de rattachement existent, par le système national de gestion des identifiants auquel le RNCPS est relié.

Les données relatives aux prestations sont collectées par requêtes en temps réel auprès des organismes contributeurs. Toutefois, le RNCPS peut assurer l'hébergement de ces données pour le compte des organismes qui n'auraient pas la capacité technique de répondre à ces requêtes. Dans ce cas, la mise à jour de ces données est effectuée au minimum une fois par mois.

Les données relatives aux différentes prestations sont accessibles lorsque, au moment de la consultation, ces prestations sont servies ou suspendues ou lorsque elles ont été supprimées depuis moins d'un an. Lorsqu'une date de fin de rattachement à un organisme est inscrite, les données relatives aux prestations peuvent être consultées jusqu'à la fin du trimestre civil suivant la date de fin de rattachement. En cas de décès et en l'absence de date de fin de rattachement, l'accès à ces données est maintenu jusqu'à la fin de la cinquième année civile suivant l'année du décès.

## **Article R114-28**

Le numéro d'identification d'attente est conservé par le RNCPS jusqu'à l'attribution d'un NIR au bénéficiaire.

Le NIR est conservé par le RNCPS pendant toute la durée de conservation de données et informations centralisées de rattachement.

Les données et informations centralisées de rattachement sont conservées par le RNCPS jusqu'à la fin de la cinquième année civile suivant la date de la fin du rattachement.

Les données relatives aux prestations collectées auprès des organismes contributeurs ne sont conservées par le RNCPS que le temps nécessaire à leur consultation ou, dans le cas où elles sont hébergées par le répertoire, pendant la durée nécessaire à leur mise à jour, dans la limite d'un mois.

Les mises à jour et échanges sont conservés dans un journal pendant un an à compter de la date de ces opérations. Il en est de même de l'identification des agents ayant procédé à la consultation du RNCPS ainsi que des dates et heures de ces consultations.

## **Article R114-29**

Sont destinataires des données et informations mentionnées à l'article R. 114-26 :

1° Les agents individuellement désignés et dûment habilités, dans le cadre de leurs missions, des organismes mentionnés aux premier et cinquième alinéas de l'article L. 114-12-1 ;

2° Les agents individuellement désignés et dûment habilités dans le cadre de leurs missions pour les procédures d'attribution d'une prestation d'aide sociale servie par une collectivité territoriale ou un centre communal ou intercommunal d'action sociale, et aux seules fins de vérifier les conditions d'accès à l'aide sociale. L'habilitation est délivrée par le représentant de la collectivité territoriale ou du centre communal ou intercommunal d'action sociale.

## **Article R114-30**

I.-Le répertoire est accessible en temps réel à partir du NIR de l'individu ou, à défaut de son numéro identifiant d'attente, aux agents désignés et dûment habilités dans le cadre de leurs missions des organismes mentionnés au 1° de l'article R. 114-29 et dans les conditions prévues à ce même article.

Le répertoire peut être également consulté en temps différé à partir d'une liste de NIR ou de numéros identifiants d'attente, ou en activant des requêtes spécifiques dont les paramètres sont définis par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

Outre les informations relatives à la situation des bénéficiaires, le RNCPS transmet sur leur demande aux agents mentionnés au premier alinéa, sur leur demande, les anomalies et signalements relatifs aux droits ouverts et aux prestations servies.

II.-Le répertoire est accessible, en temps réel à partir du NIR de l'individu ou, à défaut, de son numéro identifiant d'attente, aux agents désignés et dûment habilités dans le cadre de leurs missions des organismes mentionnés au 2° de l'article R. 114-29 et dans les conditions prévues à ce même article.

III.-Pour les consultations effectuées à partir du NIR ou du numéro d'identification d'attente, ce numéro est complété par le nom ou à défaut le prénom du bénéficiaire, aux fins de vérifier la concordance de ces informations.

## **Article R114-31**

Le RNCPS met à la disposition des partenaires un dispositif de gestion des échanges permettant de procéder aux échanges de données mentionnés au 3° de l'article R. 114-25.

L'usage du dispositif de gestion des échanges du RNCPS garantit :

1° La reconnaissance de l'émetteur et du ou des destinataires des données échangées ;

2° L'identification et si nécessaire le rattachement des personnes auxquelles sont attachées les informations échangées ;

3° La confidentialité du contenu des informations échangées ainsi que la traçabilité des échanges.

Les nouveaux échanges de données mis en œuvre dans le cadre de ce dispositif font l'objet, le cas échéant, d'une autorisation ou d'une déclaration distincte.

## **Article R114-32**

Les organismes contributeurs mentionnés à l'article R. 114-27 donnent à leurs ressortissants une information sur les données accessibles dans le cadre du RNCPS.

Cette information précise :

1° Que le droit d'accès prévu à l'article 39 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée s'exerce auprès de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

2° Que, pour les données communes d'identification, le droit de rectification prévu à l'article 40 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée s'exerce auprès de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

3° Que, pour les données et informations centralisées de rattachement et les données relatives aux prestations, le droit de rectification s'exerce auprès de l'organisme servant la prestation en cause.

### **Article R114-33**

Les organismes nationaux concluent avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés une convention qui détermine les modalités de leur participation au RNCPS. Cette convention précise notamment les caractéristiques techniques des systèmes d'informations que les organismes mettent en œuvre pour assurer l'alimentation et la consultation sécurisées du RNCPS. Elle fixe les règles d'habilitation définies par les organismes pour chacun des modes de consultation et de traitement des données ainsi que les exigences relatives à la qualité des données fournies par les organismes contributeurs mentionnés à l'article R. 114-27. Elle mentionne, le cas échéant, l'adhésion des partenaires au dispositif d'échange visé à l'article R. 114-31.

Une convention spécifique est signée entre la Caisse des dépôts et consignations et la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. Cette convention détermine les conditions techniques dans lesquelles les collectivités territoriales et les centres communaux et intercommunaux d'action sociale accèdent au RNCPS par l'intermédiaire du système d'information de la Caisse des dépôts et consignations, au titre de ses missions relatives à ces collectivités et établissements.

### **Article R114-34**

La liste, des organismes prévus au premier alinéa de l'article L. 114-12-1 et celle des risques, droits et prestations entrant dans le champ du RNCPS sont récapitulées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'emploi, du travail et de l'agriculture. Cet arrêté recense également les organismes signataires des conventions mentionnées à l'article R. 114-33 et les organismes couverts par chacune des conventions signées, ainsi que les organismes dont les données relatives aux prestations sont hébergées par le répertoire dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article R. 114-33.

## **Chapitre 5 : Dispositions diverses.**

### **Article R115-1**

Sont autorisés à utiliser le numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques et à consulter ledit répertoire pour les traitements mentionnés à l'article R. 115-2 :

1° Les organismes et administrations chargés de la gestion d'un régime obligatoire de base de sécurité sociale et, le cas échéant, les organismes habilités par la loi ou par une convention à participer à la gestion de ces régimes ;

2° Le Fonds de solidarité vieillesse, ainsi que la Caisse des dépôts et consignations pour les fonds suivants : fonds spécial d'invalidité, service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, fonds commun des accidents du travail et fonds commun des accidents du travail agricole ;

3° Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les entreprises régies par le code des assurances et les institutions régies par les titres II et III du livre IX du présent code ;

4° Les professionnels, institutions ou établissements qui dispensent à des assurés sociaux ou à leurs ayants droit des actes ou prestations pris totalement ou partiellement en charge par l'assurance maladie, y compris les comptables publics attachés le cas échéant à ces établissements ;

5° Les collectivités publiques qui servent des prestations d'aide sociale, visées à l'article L. 182-1 ;

6° Les organismes gérant les régimes mentionnés aux articles L. 223-16 et L. 351-2 du code du travail, ainsi que l'organisme mentionné au dernier membre de phrase du premier alinéa du I de l'article L. 133-5.

## **Article R115-2**

L'autorisation donnée à l'article R. 115-1 vaut exclusivement pour les traitements, mis en oeuvre dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés :

1° Que les organismes visés aux 1° et 2° dudit article effectuent dans l'exercice de leurs missions de sécurité sociale conformément aux lois et règlements en vigueur ou, le cas échéant, lors de la phase administrative initiale de traitement de la déclaration préalable à l'embauche prévue par l'article L. 320 du code du travail, à seule fin de vérifier l'identité du salarié faisant l'objet de cette déclaration ;

2° Que les organismes visés au 3° du même article effectuent dans l'exercice de leurs activités d'assurance maladie, maternité et invalidité complémentaire conformément à la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, ou dans leurs activités d'assurance vieillesse complémentaire ;

3° Que les professionnels, institutions ou établissements visés au 4° du même article effectuent pour leurs échanges avec les organismes mentionnés aux 1° et 3° dudit article ;

4° Que les comptables publics visés au 4° du même article effectuent pour le recouvrement de créances auprès des assurés sociaux soignés par leurs établissements ;

5° Que les collectivités publiques qui servent des prestations d'aide sociale mettent en oeuvre dans le cadre des dispositions du chapitre II du titre VIII du livre Ier du présent code, relatives aux bénéficiaires de l'aide médicale ;

6° Que les organismes mentionnés aux 1°, 3° et 6° du même article effectuent en application du I de l'article L. 133-5 pour les déclarations sociales auxquelles sont assujetties les entreprises.

### **Article R115-3**

I. - Les informations recueillies dans le cadre des services prévus au I de l'article L. 133-5 sont collectées par l'organisme mentionné au dernier membre de phrase du premier alinéa du I de cet article, directement auprès des déclarants ou de leurs mandataires ou, le cas échéant, recueillies auprès des organismes mentionnés au 6° de l'article R. 115-2.

II. - La transmission électronique de ces informations fait l'objet d'un chiffrement.

III. - L'organisme mentionné au dernier membre de phrase du premier alinéa du I de l'article L. 133-5 collecte et conserve les données qu'il recueille, dans le cadre de ces services, dans des conditions qui permettent d'en assurer la sécurité.

Il rend compte chaque année des conditions dans lesquelles la sécurité de la collecte et la conservation des données sont assurées, au moyen d'un rapport d'évaluation remis au ministre chargé de la sécurité des systèmes d'information et à la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

IV. - Les données recueillies sont conservées, pour la déclaration mentionnée à l'article R. 243-14 pendant un délai de trois mois, et, pour les autres déclarations, jusqu'à expiration des délais de recours contentieux.

Au-delà des délais mentionnés à l'alinéa précédent, ces données seront détruites, sans préjudice de la loi du 3 janvier 1979 sur les archives.

### **Article R115-4**

I. - Les délibérations de l'assemblée et les décisions de l'instance de direction du groupement d'intérêt économique mentionné à l'article L. 115-5 sont exécutoires de plein droit si, à l'issue d'un délai de vingt jours suivant leur communication aux ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture, l'un de ceux-ci n'a pas fait connaître son opposition ou si elles ont fait l'objet avant l'expiration de ce délai d'une approbation explicite des trois ministres.

Un commissaire du Gouvernement, nommé auprès du groupement par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture, participe de droit aux réunions de l'assemblée et de l'instance de direction.

II. - Le groupement d'intérêt économique est soumis au contrôle économique et financier de l'Etat dans les conditions fixées par le titre II du décret n° 55-733 du 26 mai 1955 modifié portant codification et aménagement des textes relatifs au contrôle économique et financier de l'Etat.

## **Article R115-5**

I. - Pour le calcul et le recouvrement des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables, les travailleurs indépendants souscrivent une seule déclaration de revenus auprès du régime social des indépendants. Pour les personnes exerçant les professions libérales, une convention est passée à cet effet entre la Caisse nationale du régime social des indépendants et, d'une part, les organisations autonomes d'assurance vieillesse du groupe des professions libérales et, d'autre part, la Caisse nationale des barreaux français. Cette convention fixe notamment les modalités de transmission des informations ainsi recueillies entre les organismes concernés.

L'organisme chargé de la collecte adresse chaque année, au plus tard le 1er avril, à tous les travailleurs indépendants concernés par la mise en oeuvre de la déclaration commune, un imprimé conforme au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale et qui tient lieu de ceux prévus respectivement aux articles R. 243-25, R. 612-18, R. 723-16-1, D. 633-3 et D. 642-3. Les assurés sont tenus de retourner à l'organisme, au plus tard le 1er mai, cet imprimé dûment rempli et signé.

II. - Le travailleur indépendant peut utiliser, dans les conditions mentionnées à l'article L. 133-5, un procédé électronique pour effectuer la déclaration mentionnée au premier alinéa du I.

## **Article R115-6**

Pour bénéficier du service des prestations en application du troisième alinéa de l'article L. 111-1 et des articles L. 380-1, L. 512-1, L. 815-1, L. 815-24 et L. 861-1, ainsi que du maintien du droit aux prestations prévu par l'article L. 161-8, sont considérées comme résidant en France les personnes qui ont sur le territoire métropolitain ou dans un département d'outre-mer leur foyer ou le lieu de leur séjour principal. Cette disposition n'est pas applicable aux ayants droit mineurs pour le service des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Le foyer s'entend du lieu où les personnes habitent normalement, c'est-à-dire du lieu de leur résidence habituelle, à condition que cette résidence sur le territoire métropolitain ou dans un département d'outre-mer ait un caractère permanent.

La condition de séjour principal est satisfaite lorsque les bénéficiaires sont personnellement et effectivement présents à titre principal sur le territoire métropolitain ou dans un département d'outre-mer. Sous réserve de l'application des dispositions de l'article R. 115-7, sont réputées avoir en France le lieu de leur séjour principal les personnes qui y séjournent pendant plus de six mois au cours de l'année civile de versement des prestations.

La résidence en France peut être prouvée par tout moyen. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste des données ou des pièces relatives à la condition de résidence.

### **Article R115-7**

Toute personne est tenue de déclarer à l'un des organismes qui assure le service d'une prestation mentionnée au premier alinéa de l'article R. 115-6 dont elle relève tout changement dans sa situation familiale ou dans son lieu de résidence, notamment en cas de transfert de sa résidence hors du territoire métropolitain de la France ou d'un département d'outre-mer qui remettrait en cause le bénéfice des prestations servies par cet organisme.



# **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

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

### **Titre 2 : Administration, fonctionnement et personnel des organismes**

#### **Chapitre 1er : Conseils d'administration**

##### **Section 1 : Organisation et pouvoirs des conseils.**

###### **Article R121-1**

Sauf dispositions particulières propres à certains régimes et à certains organismes, le conseil d'administration a notamment pour rôle :

- 1°) d'établir les statuts et le règlement intérieur de l'organisme ;
- 2°) de voter les budgets de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale, de la prévention et, le cas échéant, des établissements gérés par l'organisme. A chacun de ces budgets est annexé un état limitant pour l'année le nombre d'emplois par catégorie de telle sorte que le nombre des agents de chaque catégorie ne puisse dépasser le nombre des emplois ;
- 3°) de voter les budgets d'opérations en capital concernant les programmes d'investissements, de subventions ou de participations financières. Ces budgets, qui font apparaître le montant total de chaque programme autorisé, doivent prévoir l'imputation des paiements correspondants dans les budgets des années où ces paiements doivent avoir lieu ;
- 4°) de contrôler l'application par le directeur et l'agent comptable des dispositions législatives et réglementaires, ainsi que l'exécution de ses propres délibérations ;
- 5°) de nommer le directeur, l'agent comptable et le directeur adjoint, sous réserve de l'agrément ;
- 6°) de nommer, sur la proposition du directeur, aux autres emplois de direction soumis à l'agrément ;
- 7°) de désigner les agents chargés de l'intérim des emplois de direction, sous réserve de leur

agrément par l'autorité de tutelle ou son représentant territorial ;

8°) d'approuver les comptes de l'organisme, sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres.

Le conseil d'administration peut désigner en son sein des commissions et leur déléguer une partie de ses attributions.

Le directeur et l'agent comptable assistent, avec voix consultative, aux séances du conseil d'administration ou des commissions ayant reçu délégation de celui-ci.

Le pouvoir de contrôle dont dispose le conseil d'administration d'un organisme de sécurité sociale sur le fonctionnement général de cet organisme ne l'autorise pas à se substituer ou à donner des injonctions au directeur ou au médecin conseil régional dans l'exercice des pouvoirs propres de décision qui sont reconnus à ces derniers par les dispositions réglementaires applicables, ni à annuler ou à réformer les décisions prises à ce titre.

## **Article R121-2**

Sous réserve des dispositions de l'article L. 122-1, les organismes sont représentés de plein droit en justice et dans tous les actes de la vie civile par leur président qui peut déléguer ses pouvoirs au directeur par mandat spécial ou général.

Les dispositions du présent article sont applicables à tous organismes à l'exception de ceux ayant le caractère d'établissement public du régime social des indépendants, des caisses mutuelles d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des cultes et de la caisse des Français de l'étranger.

## **Article R121-3**

Les représentants du personnel au conseil ou au conseil d'administration d'un organisme de sécurité sociale ne peuvent participer aux délibérations dudit conseil, des commissions constituées par ledit conseil ou des commissions fonctionnant auprès d'un organisme de sécurité sociale, lorsque ces délibérations sont relatives à des questions d'ordre individuel concernant le personnel des organismes de sécurité sociale.

Les dispositions du présent article ont le même champ d'application que les dispositions de l'article R. 121-2.

## **Chapitre 2 : Directeur et agent comptable.**

### **Article R122-1**

La désignation du directeur et de l'agent comptable des organismes de sécurité sociale est soumise à l'agrément du ministre compétent, ainsi qu'en ce qui concerne l'agent comptable du ministre chargé du budget.

## **Article R122-2**

Les dispositions de l'article R. 122-1 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.

## **Article R122-3**

Le directeur assure le fonctionnement de l'organisme sous le contrôle du conseil d'administration.

Il a seule autorité sur le personnel et fixe l'organisation du travail dans les services. Dans le cadre des dispositions qui régissent le personnel et sauf en ce qui concerne les agents de direction et les agents comptables, il prend seule toute décision d'ordre individuel que comporte la gestion du personnel et notamment nomme aux emplois, procède aux licenciements, règle l'avancement, assure la discipline.

Il soumet chaque année au conseil d'administration :

1°) les projets de budgets concernant :

- a. la gestion administrative ;
- b. l'action sanitaire et sociale, ainsi que, s'il y a lieu, les établissements gérés par la caisse ;
- c. le cas échéant, la prévention ;

2°) un tableau évaluatif pour l'année à venir des recettes et des dépenses afférentes aux différents risques ou charges gérés par l'organisme.

Il remet chaque année au conseil d'administration un rapport sur le fonctionnement administratif et financier de l'organisme.

Dans les conditions définies par décret, le directeur engage les dépenses, constate les créances et les dettes, émet les ordres de recettes et des dépenses et peut, sous sa responsabilité, requérir qu'il soit passé outre au refus de visa ou de paiement, éventuellement opposé par l'agent comptable. Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, il arrête les comptes de l'organisme.

Il a pouvoir pour donner mainlevée des inscriptions de privilèges ou d'hypothèques sur des immeubles, requises au profit de l'organisme. Toutefois, à défaut de constatation de l'extinction ou de l'annulation de créance garantie, la mainlevée ne peut être consentie qu'en exécution d'une décision du conseil d'administration.

Il accepte provisoirement ou à titre conservatoire et sans autorisation préalable les dons et legs qui sont faits à l'organisme.

Il peut déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses pouvoirs à certains agents de l'organisme. Il peut donner mandat à des agents de l'organisme en vue d'assurer la représentation de celui-ci en justice et dans les actes de la vie civile.

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur, ses fonctions sont exercées par le directeur adjoint. En cas d'absence ou d'empêchement du directeur ou du directeur adjoint ou à défaut de directeur adjoint, les fonctions de directeur sont exercées par un agent de l'organisme désigné dans les conditions prévues au 7° de l'article R. 121-1.

Les dispositions du présent article sont applicables à tous les organismes à l'exception de ceux ayant le caractère d'établissement public, de la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes, des caisses mentionnées à l'article L. 211-1 et, en ce qui concerne la deuxième phrase du treizième alinéa et le quatorzième alinéa, de la Caisse des Français à l'étranger. Le deuxième alinéa du présent article n'est pas applicable aux praticiens-conseils du régime social des indépendants.

## **Article R122-4**

L'agent comptable est placé sous l'autorité administrative du directeur. Il est chargé, sous sa propre responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, de l'ensemble des opérations financières de l'organisme. Sa gestion est garantie par un cautionnement dont le montant minimum est fixé dans les limites déterminées par un arrêté du ministre chargé du budget et des ministres intéressés.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, l'agent comptable établit les comptes de

l'organisme.

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement de l'agent comptable, ses fonctions sont exercées par le fondé de pouvoir jusqu'à la nomination d'un agent comptable.

Les dispositions du présent article sont applicables à tous les organismes à l'exception de ceux ayant le caractère d'établissement public, de la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes, du régime social des indépendants et des caisses mentionnées à l'article L. 211-1.

## **Article R122-5**

Les mises en demeure ou observations faites, soit par le ministre chargé du contrôle administratif au directeur et à l'agent comptable, soit par le ministre chargé du budget, en ce qui concerne l'agent comptable, doivent être notifiées simultanément à l'intéressé et au conseil d'administration.

Les dispositions du présent article sont applicables à tous organismes, à l'exception de ceux ayant le caractère d'établissement public, des organismes d'assurance vieillesse des professions libérales.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux organismes dont les agents de direction et les agents comptables sont nommés par une autorité de tutelle dans les conditions fixées par les textes législatifs et réglementaires.

## **Chapitre 3 : Personnel**

### **Section 1 : Dispositions générales.**

#### **Article R123-1**

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 123-1 est le ministre chargé de la sécurité sociale et pour les organismes de mutualité sociale agricole, le ministre chargé de l'agriculture.

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée aux articles L. 123-2 et L. 123-2-1 est le ministre chargé du contrôle administratif.

#### **Article R123-2**

Les organismes qui comptent un nombre d'agents dont l'effectif est inférieur à un minimum fixé par arrêté du ministre intéressé ou dont les ressources annuelles sont inférieures à un montant minimum fixé par le même arrêté peuvent être autorisés à déroger aux dispositions des articles R. 123-6, R. 123-45 et R. 123-47.

L'application du premier alinéa du présent article relève du ministre chargé de l'agriculture en ce qui concerne les organismes de mutualité sociale agricole.

### **Article R123-3**

L'organisme employeur est tenu d'informer le service mentionné à l'article R. 155-1 ou, s'il s'agit d'un organisme de mutualité sociale agricole, le service mentionné à l'article R. 155-2 de toute instance engagée par un agent d'un organisme de sécurité sociale contre son employeur et portant sur un différend né à l'occasion du contrat de travail.

Les dispositions du premier alinéa du présent article peuvent être rendues applicables, avec les adaptations nécessaires, par décret, 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 R123-4**

La nomination des directeurs des établissements ou oeuvres sociales des organismes de sécurité sociale, lorsqu'ils fonctionnent en permanence et comportent hébergement, est soumise à l'agrément du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'application du premier alinéa du présent article relève du ministre chargé de l'agriculture en ce qui concerne les organismes de mutualité sociale agricole.

Le présent article n'est pas applicable aux établissements ou oeuvres dont le budget annuel est inférieur à un montant fixé par arrêté.

Les dispositions du présent article sont applicables à tous organismes à l'exception de ceux ayant le caractère d'établissement public, des organismes d'assurance vieillesse des professions libérales, des organismes du régime social des indépendants, la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes et de la caisse des Français de l'étranger.

### **Article R123-5**

Avec le concours des organismes de sécurité sociale, le ministre chargé de la sécurité sociale prend toutes mesures utiles afin d'organiser la formation du personnel de direction et d'encadrement des organismes de sécurité sociale et de veiller à la formation des autres catégories de personnel dans les conditions fixées au présent titre.

### **Article R123-6**

Sous réserve des dispositions de l'article L. 123-3, la formation de base, la promotion professionnelle du premier degré et la formation continue des agents sont assurés par les organismes de sécurité sociale, leurs unions ou fédérations, conformément aux prescriptions du code du travail.

Les organismes de sécurité sociale, leurs unions ou fédérations, peuvent préparer leurs agents au concours d'entrée à l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale.

Les dispositions du présent article sont applicables à tous organismes, à l'exception de ceux ayant le caractère d'établissement public, de la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, des organismes d'assurance vieillesse des professions libérales.

## **Section 2 : Agents de direction et agents comptables**

### **Sous-section 1 : Dispositions générales.**

#### **Article R123-7**

Sauf désignation par le conseil en qualité de représentants de l'organisme, les agents de direction et les agents comptables des organismes de sécurité sociale ne peuvent exercer les fonctions d'administrateur, de directeur ou de gérant dans une société, entreprise ou d'une institution privée, qui bénéficie de subventions, de prêts ou d'une garantie de la part d'un organisme de sécurité sociale ou dont l'activité comporte l'exécution de travaux, la prestation de fournitures ou de services pour le compte ou sous le contrôle d'un organisme de sécurité sociale.

Toutefois, les agents de direction et les agents comptables d'un organisme de sécurité sociale peuvent être agréés pour exercer des fonctions de direction ou d'agent comptable dans d'autres organismes de sécurité sociale énumérés à l'article R. 111-1 ou dans leurs unions ou fédérations.

Les dispositions du présent article ont le même champ d'application que les dispositions de l'article R. 123-6. Toutefois, elles sont applicables à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.

### **Sous-section 2 : Ecole nationale supérieure de sécurité sociale**

#### **Paragraphe 1 : Dispositions générales.**

#### **Article R123-8**

L'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est placée sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R123-9**

L'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale contribue au recrutement des agents des régimes de sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article R. 123-28 et assure à ces agents une formation leur permettant d'exercer ultérieurement les fonctions d'agent de direction et d'agent comptable des organismes de sécurité sociale.

Elle participe, en liaison avec les administrations ou les organismes de sécurité sociale intéressés, à la formation continue en cours de carrière :

1°) des personnels supérieurs d'encadrement des organismes, unions ou fédérations d'organismes de sécurité sociale et des organismes qui apportent leur concours au fonctionnement de l'institution ;

2°) des praticiens conseils, des ingénieurs conseils, des informaticiens et des autres cadres supérieurs techniques des organismes ou services de sécurité sociale, de leurs unions ou fédérations ;

3°) éventuellement, des personnels supérieurs des administrations chargées de la tutelle des organismes de sécurité sociale.

Elle organise également des sessions de formation continue auxquelles peuvent participer des cadres des secteurs public et privé ainsi que des membres des organisations professionnelles et syndicales.

Elle peut entreprendre, à la demande des ministres intéressés ou des organismes de sécurité sociale, des études et des recherches concernant des questions de sécurité sociale.

Elle peut mettre en oeuvre, dans le cadre des orientations fixées par son conseil d'administration, des actions de coopération à caractère international en matière d'enseignement et de recherche.

L'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale délivre des diplômes définis par arrêté des ministres concernés et sanctionnant les formations qu'elle dispense conformément aux alinéas ci-dessus.

## **Article R123-10**

Les conditions d'admission des auditeurs libres français et étrangers aux sessions prévues au troisième alinéa de l'article R. 123-9 et des élèves étrangers sont définies par le conseil



d'administration après avis de la commission pédagogique ; il en est de même de la nature et des conditions de délivrance des diplômes ou attestations qui peuvent leur être remis.

## **Paragraphe 2 : Administration de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale.**

### **Article R123-11**

L'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale est administrée par un conseil d'administration dont les membres sont nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture. Il comprend :

1° a) Pour le régime général de sécurité sociale :

- le président du conseil et le directeur général, ou leurs représentants, de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

- le président du conseil d'administration et le directeur, ou leurs représentants, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

- le président du conseil d'orientation et le directeur, ou leurs représentants, de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale ;

b) Pour le régime agricole, le président du conseil d'administration, ou son représentant, et le directeur, ou son représentant, de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole ;

c) Pour le régime social des indépendants, le président du conseil d'administration, ou son représentant, et le directeur général, ou son représentant, de la caisse nationale ;

d) Trois représentants d'organismes de sécurité sociale ne relevant pas des a, b et c et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ;

2° Quatre personnes qualifiées désignées par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

3° Un ancien élève de l'école désigné par l'association des anciens élèves ;

4° Un représentant de chacune des promotions des élèves en cours de scolarité, élu dans les conditions prévues par le règlement intérieur de l'école.

Lorsqu'il exerce les attributions prévues à l'article R. 123-14, le conseil d'administration ne comprend que les membres mentionnés aux 1°, 2° et 3° ci-dessus.

En cas d'indisponibilité, chacun des membres du conseil d'administration, à l'exception des personnes mentionnées au 2°, est remplacé par un suppléant désigné ou élu dans les mêmes conditions que le titulaire.

La durée du mandat des membres du conseil d'administration est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable. Toutefois, la durée du mandat du représentant de chacune des promotions d'élèves en cours de scolarité est limitée à la durée de celle-ci.

Le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre de l'agriculture et le ministre chargé du budget sont représentés chacun par un commissaire du Gouvernement. Ces commissaires assistent aux séances du conseil d'administration et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

En cas d'irrégularités graves, de mauvaise gestion ou de carence, le conseil peut être suspendu ou dissous par le ministre chargé de la sécurité sociale qui nomme un administrateur provisoire.

En cas de dissolution du conseil, les membres désignés ne peuvent l'être à nouveau avant l'expiration d'un délai de quatre ans.

Si les irrégularités ou la mauvaise gestion sont imputables à un ou plusieurs membres du conseil d'administration, le ministre chargé de la sécurité sociale peut révoquer ceux-ci, après avis du conseil.

L'administrateur révoqué ne peut être désigné à ces mêmes fonctions pendant une durée de quatre ans à dater de l'arrêté de révocation.

## **Article R123-12**

Le président et le vice-président du conseil d'administration sont nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pour une durée de quatre ans renouvelable parmi les membres du conseil mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 123-11.

Le conseil d'administration ne peut valablement délibérer que si la majorité des membres assiste à la réunion. A défaut, il est procédé à la convocation d'une nouvelle réunion qui peut se tenir après un délai de huit jours, sans considération de quorum.

Sans préjudice des dispositions du précédent alinéa, les administrateurs, lorsqu'ils ne sont pas suppléés, peuvent donner délégation de vote à un autre membre du conseil d'administration. Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Le directeur de l'école, le membre du corps du contrôle général économique et financier et l'agent comptable assistent aux séances du conseil.

Le conseil d'administration peut entendre toute personne utile à son information.

### **Article R123-13**

Les fonctions de président, de vice-président et de membre du conseil d'administration sont gratuites. Des indemnités correspondant aux frais de déplacement ou de séjour effectivement supportés à l'occasion des réunions du conseil d'administration peuvent toutefois être allouées dans les conditions prévues par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006.

Les membres du conseil ayant la qualité de travailleurs salariés ou de travailleurs indépendants peuvent, en outre, être indemnisés de la perte de leur salaire ou de leur gain dans les conditions prévues pour les administrateurs des organismes de sécurité sociale.

### **Article R123-14**

Le directeur de l'école est nommé par décret sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture, après avis du conseil d'administration.

Les agents de direction de l'école autres que l'agent comptable sont nommés par le directeur après avis du conseil d'administration.

L'agent comptable est nommé par arrêté conjoint du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture. Il exerce ses fonctions dans les conditions fixées par le décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962.

### **Article R123-15**

Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires générales de l'école.

Il délibère obligatoirement sur :

1° Le programme annuel des formations et des recherches, après avis de la commission pédagogique ;

2° Le rapport annuel présenté par le directeur sur l'activité et le fonctionnement de l'école ;

3° Le budget de l'école et ses modifications ;

4° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

5° Les acquisitions, aliénations et échanges d'immeubles ;

6° Les emprunts, les participations à toutes formes de groupements publics ou privés ;

7° Les contrats, conventions ou marchés qui, en raison de leur nature ou de leur montant, doivent lui être soumis pour approbation ;

8° L'acceptation des dons et legs ;

9° Le règlement intérieur de l'école et, si besoin est, celui du conseil d'administration.

Le conseil d'administration donne son avis sur les questions qui lui sont soumises par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'agriculture et par le directeur de l'école.

### **Article R123-16**

Le directeur est responsable de la gestion de l'école et de l'enseignement qui y est délivré. Il prend toutes mesures utiles pour l'application des décisions du conseil d'administration et le fonctionnement de l'école.

Les dispositions des premier, deuxième, cinquième, sixième, septième et huitième alinéas de l'article R. 122-3 lui sont applicables.

Le directeur est responsable de la discipline et fixe les congés scolaires.

### **Article R123-17**

Le conseil d'administration se réunit au moins trois fois par an, sur convocation de son président. Il est réuni en session extraordinaire à la demande soit du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé de l'agriculture, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur de l'école.

### **Article R123-18**

Les délibérations du conseil d'administration, à l'exception de celles qui sont mentionnées aux articles R. 123-18-1 et R. 123-18-2, sont exécutoires dans le délai de vingt jours à compter de leur notification aux ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget, sauf

opposition expresse et motivée de l'un ou l'autre de ces ministres.

Le conseil d'administration peut déléguer au directeur certains de ses pouvoirs. Les dispositions du présent article concernant la communication aux ministres et leur possibilité d'opposition sont applicables aux décisions du directeur prises en vertu des pouvoirs qui lui sont délégués.

### **Article R123-18-1**

Les délibérations du conseil d'administration relatives au projet de budget et les décisions modificatives sont exécutoires à l'expiration d'un délai de trente jours à compter de leur notification aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, sauf opposition expresse et motivée de l'un ou l'autre de ces ministres.

En cas d'opposition, le conseil d'administration dispose d'un délai de trente jours à compter de la notification qui lui en est faite pour délibérer de nouveau.

S'il n'est pas adopté par le conseil d'administration à l'issue de cette nouvelle délibération, le budget est arrêté conjointement par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

### **Article R123-18-2**

Les délibérations du conseil d'administration relatives à l'approbation du compte financier, aux acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et aux emprunts doivent être notifiées aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget et recevoir, dans un délai de trente jours à compter de cette notification, l'approbation expresse de ces ministres.

### **Article R123-18-3**

Le directeur peut :

- soit effectuer des virements à l'intérieur de chacun des chapitres du budget définis, dans le plan comptable national, par les comptes à deux chiffres et il en informe le conseil d'administration ;

- soit prendre des décisions modificatives dès lors qu'elles sont sans incidence sur le montant du budget et qu'elles ne comportent pas de virements de crédits entre la section de fonctionnement et la section des opérations en capital ou entre les chapitres de personnel et les chapitres de matériel. Elles ne sont exécutoires qu'après accord du membre du corps du contrôle général économique et financier et doivent être soumises pour ratification au conseil d'administration à sa plus proche séance.

## **Article R123-19**

En cas d'absence momentanée ou d'empêchement, le directeur peut se faire suppléer par un ou plusieurs agents désignés par lui à cet effet, après approbation du conseil d'administration.

## **Article R123-20**

Une commission pédagogique de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale donne son avis, à la demande du conseil d'administration ou du directeur, sur toutes questions relatives aux recherches et aux formations dispensées par l'école.

Sa composition est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale sur proposition du directeur de l'école après avis du conseil d'administration. Elle est présidée par le directeur de l'école ou son représentant et se réunit sur convocation de celui-ci.

Elle est appelée à donner son avis en particulier sur :

- 1°) l'organisation, les méthodes et les programmes des enseignements ;
- 2°) les conditions d'admission et la sanction des études ;
- 3°) la nature et l'effectif des stages et cycles de formation ou de formation continue organisés par l'école ;
- 4°) les critères requis pour le choix des personnels enseignants ;
- 5°) le règlement intérieur de l'école.

## **Paragraphe 3 : Personnel.**

### **Article R123-21**

Le personnel permanent administratif et technique de l'école comprend des fonctionnaires, des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale et des agents contractuels.

Des personnels d'organismes publics ou privés peuvent être mis à la disposition de l'école par convention avec les employeurs.

## **Article R123-22**

Les conférenciers de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale sont nommés par le directeur, qui en informe le conseil d'administration. Il est mis fin à leurs fonctions dans les mêmes conditions.

Ils sont choisis de préférence parmi les professeurs de l'enseignement supérieur ou secondaire, les fonctionnaires, les personnels supérieurs d'encadrement des organismes de sécurité sociale et de leurs unions ou fédérations.

En outre, le directeur peut faire appel à des intervenants extérieurs susceptibles, sur des sujets variés, d'accroître les connaissances générales des élèves et auditeurs.

Les conférenciers et intervenants sont rémunérés à la vacation ou par convention.

## **Paragraphe 4 : Régime financier - Marchés - Biens.**

### **Article R123-23**

Outre les contributions des organismes ou régimes de sécurité sociale, les recettes de l'école comprennent :

- 1°) les revenus des biens, fonds et valeurs ;
- 2°) les dons et legs faits au profit de l'établissement ;
- 3°) le produit des travaux effectués pour le compte de tiers ;
- 4°) le produit des activités de l'école ;
- 5°) les produits de l'aliénation des biens, fonds et valeurs ;
- 6°) les sommes perçues en matière de formation professionnelle.

L'école peut recevoir des subventions allouées par l'Etat ou d'autres collectivités publiques.

### **Article R123-24**

Des régies de recettes et des régies de dépenses peuvent être créées dans les conditions fixées par le décret n° 92-681 du 20 juillet 1992 susvisé.

### **Article R123-25**

Les marchés sont passés dans les formes et conditions prescrites pour les marchés de l'Etat.

### **Article R123-26**

L'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale est soumise au contrôle financier institué par le décret du 25 octobre 1935. Ce contrôle est assuré par un membre du corps du contrôle général économique et financier dont les attributions sont définies par arrêté conjoint du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

### **Article R123-27**

Les biens appartenant à l'Etat et affectés à l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale au 13 juin 1977 sont remis à l'établissement :

1°) en toute propriété en ce qui concerne les biens meubles ;

2°) à titre de dotation en ce qui concerne les immeubles du domaine privé dont la liste est établie par arrêté conjoint du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

## **Paragraphe 5 : Accès à l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale - scolarité**

### **Article R123-28**

Chaque année sont organisés deux concours ouvrant l'accès à l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale.

Le concours interne est ouvert aux personnes justifiant au 1er janvier de l'année du concours d'au moins quatre années de services dans un ou plusieurs organismes, unions ou fédérations d'organismes de sécurité sociale, ainsi que dans les établissements mentionnés au 4° de l'article R.



123-45-2.

Le concours externe est ouvert aux personnes soit titulaires d'un diplôme national sanctionnant un second cycle d'études supérieures, ou d'un titre ou d'un diplôme de même niveau figurant sur une liste fixée, sur proposition du conseil d'administration de l'école, et après avis du ministre chargé des universités, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre de l'agriculture, soit ayant terminé avec succès la première année du second cycle d'études supérieures juridiques ou économiques.

Les places sont offertes en nombre égal aux candidats du concours interne et du concours externe. Cependant les places offertes à l'un des deux concours qui n'auraient pu être attribuées aux candidats de la catégorie correspondante peuvent être reportées, par décision des jurys, sur l'autre concours, sans que l'application de cette disposition puisse avoir pour effet, après attribution, de diminuer de plus de 50 % le nombre de places offertes à chacun des concours.

Le nombre de places mises aux concours, les conditions d'inscription, les dates des épreuves, la liste des candidats admis à y prendre part, les membres des jurys, qui devront être choisis notamment parmi les fonctionnaires de l'Etat et les agents de direction et agents comptables des organismes de sécurité sociale et qui seront présidés par un professeur de l'enseignement supérieur, le contenu des programmes et les modalités des épreuves ainsi que les règles de discipline des concours sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture sur proposition du conseil d'administration.

La liste des candidats définitivement admis en qualité d'élèves à l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale est fixée par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

Les candidats définitivement admis doivent obligatoirement suivre la prochaine scolarité suivant la date du concours, sauf dérogation accordée par le directeur de l'école sur demande motivée des intéressés ainsi que de leur employeur pour les candidats internes.

### **Article R123-30**

Les élèves de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale reçoivent un enseignement théorique spécialisé et un enseignement pratique comportant des stages, d'une durée de dix-huit mois.

### **Article R123-32**

Pendant la durée de leur scolarité, les élèves sont placés sous l'autorité du directeur et soumis au règlement intérieur de l'école.

### **Article R123-33**

Les études prévues à l'article R. 123-9 sont sanctionnées par un examen. Le classement résultant de cet examen est établi, compte tenu des notes de stages et d'études, par un jury dont les membres sont pris notamment parmi les fonctionnaires de l'Etat et les agents de direction et agents comptables des organismes de sécurité sociale et présidé par un professeur de l'enseignement supérieur, et dont la composition est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture sur proposition du conseil d'administration.

Ne peuvent se prévaloir du titre d'ancien élève de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale et bénéficier des avantages s'attachant à cette qualité et prévus par les articles R. 123-45-1 et R. 123-37-1 que les élèves ayant satisfait à l'examen de sortie institué par le présent article et ayant souscrit l'engagement de servir dans un organisme de sécurité sociale pendant une durée de dix ans consécutifs au minimum. Les élèves qui refusent de signer cet engagement sont soumis aux obligations ou interdictions prévues à l'article R. 123-34.

### **Article R123-34**

L'élève qui, pour quelque motif que ce soit, ne termine pas sa scolarité ne peut se prévaloir de la qualité d'ancien élève de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale.

Il doit rembourser le montant des salaires et indemnités qu'il a perçus au cours de sa scolarité ; il peut être dispensé totalement ou partiellement de cette obligation par le conseil d'administration sur la proposition du directeur de l'école.

### **Article R123-35**

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article R. 123-34 s'appliquent aux anciens élèves de l'école qui ne satisfont pas entièrement à leur engagement de servir dans un organisme de sécurité sociale pendant une durée de dix ans consécutifs. Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

### **Article R123-36**

Les élèves accueillis à l'école au titre des dispositions de l'article R. 123-9, qui ne sont pas rémunérés par un organisme de sécurité sociale, sont des agents salariés non titulaires de l'école. Ils perçoivent pendant la durée de leur scolarité une indemnité dont le montant, fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget, est égal à la rémunération de base d'un agent d'encadrement figurant à la classification des emplois annexée à la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de sécurité sociale du régime général. L'école remplit, à leur égard, les obligations de l'employeur.

Cette indemnité est soumise aux cotisations sociales dues pour les agents de droit privé régis par la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de sécurité sociale du régime général.

## **Article R123-37**

Les sanctions disciplinaires qui peuvent être infligées aux élèves dans le cadre de l'école sont :

1°) l'avertissement ;

2°) l'exclusion temporaire de l'école pour une durée qui ne peut excéder trois mois et qui est prononcée par le directeur après avis d'un conseil de discipline dont la composition et l'organisation sont fixées par le règlement intérieur de l'école ;

3°) l'exclusion définitive de l'école qui est prononcée par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture, sur proposition du directeur et après avis du conseil de discipline.

## **Article R123-37-1**

Des arrêtés fixent le nombre des emplois que les organismes énumérés à l'article R. 111-1 autres que les organismes d'assurance vieillesse des professions libérales ainsi que les établissements mentionnés au 4° de l'article R. 123-45-2 sont tenus d'offrir aux anciens élèves de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale à l'issue de leur scolarité. Un arrêté fixe le coefficient hiérarchique minimum de ces emplois.

## **Article R123-37-2**

Une liste des emplois vacants dans les organismes des régimes de sécurité sociale représentés au conseil d'administration de l'école est fixée chaque année par le ministre chargé de l'agriculture en ce qui concerne les organismes du régime agricole et par le ministre chargé de la sécurité sociale pour les autres régimes.

A l'issue de la scolarité, chacun des anciens élèves est affecté sur un emploi figurant sur la liste prévue au précédent alinéa par un arrêté du ministre compétent. Cette affectation intervient selon des modalités définies par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture et qui doivent comporter notamment la consultation du directeur de l'organisme d'affectation.

Chaque ancien élève ainsi affecté est ensuite nommé par le directeur de l'organisme d'affectation.

## **Paragraphe 6 : Formation continue.**

## **Article R123-38**

L'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale organise des sessions de formation continue des personnels mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article R. 123-9.

### **Article R123-39**

Les demandes d'admission aux sessions de formation continue sont adressées par les intéressés au directeur de l'école par la voie hiérarchique.

### **Article R123-40**

La liste des candidats admis aux sessions de formation continue est arrêtée par le directeur de l'école. Sont admis de plein droit les personnels tenus de suivre des sessions en application des dispositions réglementaires.

### **Article R123-42**

Pendant la durée des sessions de formation continue, les auditeurs sont placés sous l'autorité du directeur et soumis au règlement intérieur de l'école.

### **Article R123-43**

Les fonctionnaires et personnels mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article R. 123-9 qui ont suivi les sessions de formation continue reçoivent une attestation de fin de stage délivrée par le directeur de l'école.

## **Paragraphe 7 : Dispositions d'application.**

### **Article R123-44**

Des arrêtés conjoints du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture précisent en tant que de besoin les conditions d'application de la présente sous-section.

## **Sous-section 3 : Nomination et parcours professionnel.**

### **Article R123-45**

Les agents de direction et les agents comptables des organismes de sécurité sociale, à l'exception de ceux de ces organismes ayant le caractère d'établissement public et des organismes d'assurance vieillesse des professions libérales, sont nommés parmi les candidats inscrits sur une liste d'aptitude établie annuellement par catégories d'organismes et d'emplois et satisfaisant, le cas échéant, aux conditions prévues aux articles R. 123-47-1 et R. 123-47-2.

### **Article R123-45-1**

Les personnes ayant la qualité d'ancien élève de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale et occupant un emploi d'encadrement dans un organisme de sécurité sociale mentionné à l'article R. 123-45, ainsi que les personnes occupant un emploi d'agent de direction ou d'agent comptable dans un organisme de même nature, peuvent être inscrites sur la liste d'aptitude mentionnée à cet article.

Peuvent également être inscrites sur la liste d'aptitude les personnes ayant les mêmes qualités que celles mentionnées à l'alinéa précédent et dont le contrat de travail est suspendu à leur demande en application des dispositions du code du travail ou de conventions collectives.

### **Article R123-45-2**

Lorsqu'ils ne remplissent pas les conditions de l'article R. 123-45-1, peuvent également être inscrits sur la liste d'aptitude mentionnée à l'article R. 123-45 :

1° Les personnes occupant un emploi d'encadrement, d'agent de direction ou d'agent comptable dans un établissement public administratif du régime général de sécurité sociale ;

2° Les personnes ne remplissant pas les conditions du 1° et occupant un emploi d'encadrement dans un organisme de sécurité sociale mentionné à l'article R. 123-45 ;

3° Les personnes occupant un emploi d'encadrement, d'agent de direction ou d'agent comptable dans un des établissements publics à caractère administratif dont la liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture ;

4° Les fonctionnaires de catégorie A et les agents contractuels de droit public occupant un emploi relevant de cette catégorie.

Peuvent également être inscrites sur la liste d'aptitude les personnes mentionnées aux 1° à 3° et dont le contrat de travail est suspendu à leur demande en application des dispositions du code du travail ou de conventions collectives.

### **Article R123-46**

Deux listes d'aptitude sont établies, l'une pour l'accès aux emplois des organismes de la mutualité sociale agricole, l'autre pour l'accès aux emplois des autres organismes mentionnés à l'article R. 123-45.

Pour les organismes de la mutualité sociale agricole, la liste d'aptitude est établie par le ministre chargé de l'agriculture, sur proposition d'une commission nationale placée auprès de lui, et après avis du conseil d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

Pour les organismes de sécurité sociale autres que ceux relevant de la mutualité sociale agricole, la liste d'aptitude est établie par le ministre chargé de la sécurité sociale sur proposition d'une commission nationale placée auprès de lui.

Ces deux commissions sont présidées par un membre du Conseil d'Etat ou un magistrat de la Cour des comptes, en activité ou honoraire, et comprennent, outre des représentants du ministre, à parité des représentants des organismes de sécurité sociale et des représentants des agents de direction et agents comptables.

## **Article R123-47**

Un arrêté du ministre chargé de l'agriculture et un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale définissent, respectivement pour les organismes de la mutualité sociale agricole et pour les autres organismes de sécurité sociale, la classification des emplois auxquels donne accès la liste d'aptitude, les conditions de niveau d'emploi occupé, d'expérience, de formation et de titre nécessaires pour être inscrits sur la liste d'aptitude et pour pouvoir postuler à chaque classe d'emplois, la durée de validité de l'inscription sur la liste d'aptitude, la composition et les règles de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article R. 123-46 ainsi que les modalités de désignation des représentants des agents au sein de ces commissions, et les modalités d'enregistrement et d'examen par ces commissions des demandes d'inscription sur la liste d'aptitude. Ils fixent également les proportions des inscriptions au titre des 3° et 5° de l'article R. 123-45-2.

### **Article R123-47-1**

Pour être nommé sur un premier emploi d'agent comptable d'un organisme de sécurité sociale mentionné à l'article R. 123-45, un candidat inscrit sur la liste d'aptitude mentionnée à cet article doit :

1° Soit avoir bénéficié d'une formation dans le domaine de la comptabilité au cours de sa scolarité à l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale, s'il est ancien élève de cette école ;

2° Soit justifier, dans des conditions précisées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre de l'agriculture, d'une expérience ou d'un diplôme dans ce domaine ainsi que d'une formation relative au fonctionnement de la sécurité sociale organisée par l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale.

### **Article R123-47-2**

Seul peut être nommé directeur d'un organisme de sécurité sociale un agent agréé dans des fonctions d'agent de direction ou d'agent comptable mentionnées à l'article R. 123-48. En outre, si le candidat exerce, à la date de la publication de la vacance du poste de directeur, des fonctions d'agent de direction ou d'agent comptable depuis plus de sept ans consécutifs dans l'organisme considéré ; il doit avoir exercé précédemment au moins une fonction d'agent de direction ou d'agent comptable dans un organisme différent.

Les dispositions du présent article sont applicables aux organismes de sécurité sociale mentionnés aux 1°, 2° et 4° de l'article R. 111-1, à l'exception de ceux ayant le statut d'établissement public.

### **Article R123-47-3**

Par dérogation aux articles R. 123-45, R. 123-45-1, R. 123-45-2, R. 123-46, R. 123-47 et R. 123-47-2, le directeur de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole est nommé parmi les personnes remplissant l'une des conditions suivantes :

1° Etre régulièrement agréé depuis six ans au moins dans les fonctions d'agent de direction ou d'agent comptable d'un organisme de sécurité sociale mentionné à l'article R. 111-1 ;

2° Avoir la qualité depuis dix ans de cadre dirigeant au sens de l'article L. 212-15-1 du code du travail dans des institutions de prévoyance ou de retraite complémentaire, dans des mutuelles, dans des associations reconnues d'utilité publique, dans les sociétés d'aménagement foncier ou d'établissement rural ou leur fédération, dans les sociétés coopératives agricoles, dans les sociétés d'intérêt collectif agricole, dans les sociétés mixtes d'intérêt agricole, dans les comités économiques agricoles, dans les organismes d'assurance et de réassurance mutuelles agricoles, dans des organismes mentionnés à l'article 1er du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 ;

3° Etre depuis huit ans fonctionnaire de catégorie A de l'Etat et avoir une expérience en matière de protection sociale.

### **Article R123-47-6**

Le comité des carrières des agents de direction, placé auprès de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, comprend deux sections respectivement compétentes l'une pour les agents de direction des organismes du régime général et des organismes du régime social des indépendants et l'autre pour les praticiens-conseils du service du contrôle médical de ces deux régimes.

La section des agents de direction du comité des carrières émet un avis motivé sur les candidatures aux fonctions de directeur et d'agent comptable. La section des praticiens-conseils émet un avis dans les mêmes conditions sur les candidatures aux fonctions de médecins-conseils régionaux et médecins-conseils régionaux adjoints du service du contrôle médical des organismes du régime général et du régime social des indépendants.

Le comité veille à l'évolution des carrières des personnels précités et notamment à leur mobilité entre les organismes, les branches et les régimes. Il veille également à la régularité du processus de nomination et à sa transparence, à l'occasion notamment des avis qu'il rend sur les candidatures et de son rapport annuel.

## **Article R123-47-7**

Le comité des carrières est présidé par un inspecteur général des affaires sociales, désigné par le chef de l'inspection générale des affaires sociales pour une durée de cinq ans.

La section des agents de direction comprend, outre le président :

1° Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

2° Le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales ;

3° Le directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

4° Le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

5° Le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ;

6° Le directeur de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale ;

7° Le directeur de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale ;

8° Un membre du service mentionné à l'article R. 155-1 désigné par le directeur de la sécurité sociale ;

9° Deux anciens agents de direction ou leurs suppléants, ayant exercé des fonctions de directeur ou d'agent comptable dans les caisses au sein d'organismes du régime général et ayant fait valoir leurs droits à la retraite depuis moins de trois ans, désignés par le président du comité exécutif des directeurs de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale ;

10° Un ancien agent de direction ou son suppléant, ayant exercé des fonctions de directeur ou d'agent comptable au sein d'organismes du régime social des indépendants et ayant fait valoir ses droits à la retraite depuis moins de trois ans, désigné par le directeur général de la caisse nationale de ce régime.

La section des praticiens-conseils comprend, outre le président :

1° Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

2° Le directeur général de la Caisse nationale du régime social des travailleurs indépendants ;

3° Le médecin-conseil national du service du contrôle médical du régime général ;

4° Le médecin-conseil national du service du contrôle médical du régime social des indépendants.

Chaque section ne peut valablement délibérer que si la moitié au moins de ses membres sont présents et si l'un au moins des médecins-conseils nationaux est présent.

En cas d'empêchement, un membre du comité peut donner délégation à un autre membre. Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.



Le secrétariat est assuré par l'Union des caisses nationales de sécurité sociale.

### **Article R123-47-8**

Pour l'accomplissement de ses missions, le comité des carrières établit une charte de fonctionnement. Chaque section établit un règlement intérieur.

Chaque section rend un avis motivé sur l'adéquation des candidatures aux postes à pourvoir, au vu des éléments contenus dans les dossiers des candidats. Cet avis est transmis par le président du comité à l'autorité chargée de la nomination.

La section des agents de direction se réunit à dates fixes prévues par son règlement intérieur ou sur convocation de son président. La date et l'ordre du jour des réunions sont rendus publics par les soins du secrétariat du comité des carrières.

La section des praticiens-conseils est réunie en tant que de besoin sur convocation du président du comité.

Le secrétariat du comité des carrières communique aux candidats, sur leur demande et chacun pour ce qui le concerne, les avis motivés du comité.

### **Article R123-47-9**

Le comité élabore un rapport annuel qui présente le bilan quantitatif et qualitatif de son activité. Ce rapport peut contenir des observations et des recommandations relatives à l'évolution des carrières des agents de direction et des praticiens-conseils.

Le rapport annuel est présenté par le comité aux organisations syndicales représentatives des agents de direction, à celles représentatives des praticiens-conseils ainsi qu'aux associations d'agents de direction, de directeurs, d'agents comptables et de praticiens-conseils.

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés transmet chaque année au comité des carrières un bilan de sa politique de gestion des directeurs et agents comptables. Ce bilan fait l'objet d'une présentation à la réunion prévue au deuxième alinéa du présent article.

### **Article R123-47-10**

Les modalités de déclaration et de publication des vacances de postes d'agents de direction, d'agents comptables, de médecins-conseils régionaux et de médecins-conseils régionaux adjoints des organismes du régime général et du régime social des indépendants, les conditions de transmission des candidatures ainsi que les modalités selon lesquelles l'avis des sections du comité des carrières

est transmis à l'autorité chargée de la nomination sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Sous-section 4 : Agrément**

### **Article R123-48**

Les agents de direction et les agents comptables des organismes de sécurité sociale, de leurs unions ou fédérations, ainsi que les directeurs des établissements ou oeuvres sociales des organismes de sécurité sociale mentionnés à l'article R. 123-4, sont agréés dans les conditions prévues à la présente sous-section. Le terme "agents de direction" s'entend des directeur, directeur adjoint, sous-directeur et secrétaire général, ainsi que des directeurs délégués mentionnés à l'article R. 224-6.

Toutefois, les dispositions de la présente sous-section ne sont pas applicables :

- aux organismes de sécurité sociale ayant le caractère d'établissement public pour le directeur et l'agent comptable ;
- à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines pour ses directeur, directeur adjoint et agent comptable ;
- aux organismes d'assurance vieillesse des professions libérales.

### **Article R123-49**

I. - Sous réserve des dispositions de l'article R. 123-50-1, les personnels mentionnés au premier alinéa de l'article R. 123-48 sont agréés par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 et, pour les personnels des organismes de mutualité sociale agricole, par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-2.

La décision d'agréer ou de refuser d'agréer les agents comptables est prise après avis du trésorier-payeur général du département du siège de l'organisme concerné et, pour les agents comptables des organismes nationaux, de leurs établissements ou de leurs oeuvres sociales, après avis du ministre chargé du budget.

II. - Abrogé

III. - L'autorité compétente dispose d'un délai de six mois à compter de la date de prise de fonctions de l'intéressé pour l'agréer ou refuser l'agrément. En l'absence de décision dans ce délai, l'intéressé est considéré comme agréé. Le délai de six mois peut être renouvelé une fois, sous réserve qu'avant l'expiration de ce délai notification en soit faite à l'intéressé.

## **Article R123-50**

Sous réserve des dispositions de l'article R. 123-50-1, la compétence pour retirer l'agrément des personnels mentionnés à l'article R. 123-48 appartient au ministre chargé de la sécurité sociale ; elle est exercée conjointement avec le ministre chargé du budget pour les agents comptables.

Le retrait d'agrément peut être prononcé après que l'intéressé et l'organisme qui l'emploie ont été, par la communication des motifs de la mesure envisagée, mis à même de présenter leurs observations.

Le retrait d'agrément entraîne de plein droit cessation des fonctions pour lesquelles l'agrément avait été accordé.

## **Article R123-50-1**

Pour les organismes de mutualité sociale agricole :

1° Le ministre chargé de l'agriculture est compétent pour agréer ou refuser d'agréer les agents de direction des organismes à compétence nationale ;

2° La compétence d'agréer ou de refuser d'agréer les agents comptables des organismes à compétence nationale appartient conjointement au ministre chargé de l'agriculture et au ministre chargé du budget ;

3° L'application de l'article R. 123-50 relève, pour les agents de direction, du ministre chargé de l'agriculture et, conjointement, de ce ministre et du ministre chargé du budget pour les agents comptables.

Les décisions de refus d'agrément et de retrait d'agrément des agents de direction et des agents comptables des organismes de mutualité sociale agricole sont prononcées par les autorités compétentes, après consultation du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole.

## **Sous-section 5 : Mesures disciplinaires.**

### **Article R123-51**

Toute décision de rétrogradation, révocation ou licenciement d'un agent de direction ou de l'agent comptable ne peut intervenir qu'après avis d'une commission instituée pour chaque régime par arrêté conjoint des ministres intéressés.

Cet arrêté fixe notamment la composition, le cas échéant les modalités d'élection de certains de ses membres, et les conditions de saisine de la commission.

Le présent article a le même champ d'application que l'article R. 123-48.

### **Article R123-52**

En cas d'urgence, l'agent de direction peut être suspendu avec ou sans traitement, par le ministre chargé de la sécurité sociale et, pour les agents des organismes de mutualité sociale agricole, par le ministre chargé de l'agriculture. La suspension cesse d'avoir effet, si, dans un délai de quinze jours, la commission n'a pas été saisie.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables aux agents comptables. En ce cas, le ministre chargé du budget possède les mêmes pouvoirs que le ministre chargé du contrôle administratif.

Les dispositions du présent article ont le même champ d'application que l'article R. 123-48.

### **Article R123-53**

Des arrêtés des ministres intéressés fixent les modalités d'application des articles R. 123-51 et R. 123-52.

## **Chapitre 4 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.**

### **Article R124-1**

Un décret établit les règles de gestion des institutions de sécurité sociale. Il énumère les placements que les organismes de sécurité sociale sont autorisés à faire, détermine les établissements dans lesquels lesdits organismes doivent déposer leurs fonds et fixe les conditions dans lesquelles ils peuvent être autorisés à acquérir des terrains ou des immeubles bâtis, à construire des immeubles ou à les aménager.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles les organismes de sécurité sociale sont autorisés à créer des institutions ou établissements sanitaires ou d'hygiène sociale.

### **Article R124-2**

Lorsqu'une société, entreprise ou institution quelconque, publique ou privée, assure en tout ou partie

la gestion d'un régime d'assurance au titre de la maladie, de la maternité, de la vieillesse, de l'invalidité, du décès, des accidents du travail et des maladies professionnelles ou d'un régime de prestations familiales obligatoire en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, cette gestion doit être assurée par un ou plusieurs services spécialisés et faire l'objet d'une comptabilité séparée.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux administrations de l'Etat et des autres collectivités publiques.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

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

#### **Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement**

##### **Chapitre préliminaire : Exonération des cotisations d'assurance maladie, de la contribution sociale généralisée et de la contribution au remboursement de la dette sociale**

###### **Article R130-1**

Vaut décision de rejet le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'exonération de cotisations d'assurance maladie, de la contribution instituée par l'article L. 136-1 du présent code ainsi que de la contribution instituée par l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sur les prestations servies par le régime général, le régime défini au chapitre Ier du titre II du livre VII, les régimes d'assurance vieillesse, invalidité et décès des travailleurs non salariés relevant des titres II à IV du livre VI, le régime défini par le chapitre III du titre II du livre VII et les régimes spéciaux relevant du titre Ier du livre VII, à l'exception du régime défini par le code des pensions civiles et militaires de retraite, ainsi que sur les allocations définies au titre Ier du livre VIII.

##### **Chapitre 1 : Assiette et régime fiscal des cotisations**

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

###### **Article R131-1**

La demande de report mentionnée au premier alinéa de l'article L. 131-6-1 et au cinquième alinéa de l'article L. 642-2 doit être effectuée par écrit au plus tard à la date de la première échéance suivant le début d'activité et avant tout versement de cotisations. La cotisation définitive ayant fait l'objet d'un report est exigible à la même date et dans les mêmes conditions que la cotisation définitive suivante.

La demande mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-1 doit être effectuée par écrit au plus tard à la date d'échéance de la première régularisation de la cotisation définitive concernée. La période d'étalement court de la première échéance de régularisation de la cotisation définitive qui fait l'objet de cet étalement. Les fractions annuelles sont exigibles à la même date et dans les mêmes conditions que les régularisations annuelles de l'année concernée. L'échéancier de l'étalement et le montant des fractions annuelles sont notifiés au bénéficiaire par l'organisme concerné.

Le cotisant qui n'a pas demandé le bénéfice des dispositions du premier alinéa de l'article L. 131-6-1 ou celles du cinquième alinéa de l'article L. 642-2 peut bénéficier, dans les conditions fixées à l'alinéa précédent, du paiement par fractions annuelles du complément de cotisations sociales résultant des régularisations se rapportant aux revenus professionnels des douze premiers mois d'activité.

Lorsque la cotisation définitive est afférente à un exercice excédant la période mentionnée au premier alinéa de l'article L. 131-6-1 ou au cinquième alinéa de l'article L. 642-2, le bénéfice des dispositions de ces articles est limité à la fraction de cette cotisation égale au rapport entre le nombre de mois ouvrant droit à ce bénéfice et le nombre de mois de cet exercice.

En cas de cessation d'activité professionnelle, les cotisations sociales provisionnelles ou définitives qui ont fait l'objet d'un report ou d'un étalement et qui restent dues doivent être acquittées dans les soixante jours de cette cessation. Elles sont recouvrées dans les conditions de droit commun. La modification des conditions d'exercice de l'activité professionnelle ne constitue pas une cessation d'activité pour l'application du présent alinéa.

## **Article R131-2**

Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 131-6 :

1° Les apports retenus pour la détermination du capital social sont les apports en numéraire intégralement libérés et les apports en nature à l'exclusion de ceux constitués par des biens incorporels qui n'ont fait l'objet ni d'une transaction préalable en numéraire ni d'une évaluation par un commissaire aux apports ;

2° Les sommes versées en compte courant correspondent au solde moyen annuel du compte courant d'associé. Ce solde moyen annuel est égal à la somme des soldes moyens du compte courant de chaque mois divisée par le nombre de mois compris dans l'exercice ;

3° Le montant du capital social, des primes d'émission et des sommes versées en compte courant d'associé est apprécié au dernier jour de l'exercice précédant la distribution des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts et le versement des revenus visés au 4° de l'article 124 du même code.

## **Article R131-3**

Pour l'application de l'article L. 131-6-3 :

1° Le montant de la valeur des biens du patrimoine affecté correspond à leur valeur brute, déduction faite des encours des emprunts y afférents, appréciés au dernier jour de l'exercice précédant la

distribution des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts ;  
2° Le bénéfice correspond à celui de l'exercice précédant la distribution des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts.

## **Chapitre 1 quater : Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale**

### **Section 1 : Dispositions relatives à l'organisation et à la gestion du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale**

#### **Article R131-8**

Le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale est un établissement public national à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'emploi et du ministre chargé du budget.

#### **Article R131-9**

Le conseil d'administration du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale comprend cinq membres :

1° Un président nommé par décret pour une période de trois ans ;

2° Un représentant de chacun des ministres suivants : le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'emploi, le ministre chargé du budget et le ministre chargé de l'économie. Ces membres sont nommés pour trois ans par arrêté conjoint des mêmes ministres.

Les fonctions de président et d'administrateur sont exercées à titre gratuit. Elles ouvrent droit aux indemnités et frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

#### **Article R131-10**

Le conseil d'administration se réunit au moins deux fois par an 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.



Les délibérations du conseil d'administration sont adoptées à la majorité simple des membres présents.

En cas de partage égal des voix au sein du conseil d'administration, la voix du président est prépondérante.

Le directeur, le membre du corps du contrôle général économique et financier et l'agent comptable assistent avec voix consultative aux délibérations du conseil.

## **Article R131-11**

Le conseil d'administration a pour rôle :

1° D'adopter le budget du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale ;

2° D'approuver le compte financier et le rapport annuel d'activité ;

3° De présenter au Gouvernement des prévisions et des bilans, statistiques et financiers relatifs, d'une part, aux mesures d'allégement de cotisations prises en charge par le fonds, d'autre part, aux recettes du fonds ;

4° De proposer au Gouvernement toutes mesures tendant à maintenir l'équilibre financier du fonds ;

5° D'accepter les dons et legs ;

6° D'autoriser le directeur à passer les conventions prévues au II et au III de l'article R. 131-18, qui lui sont soumises par celui-ci.

## **Article R131-12**

Les délibérations du conseil d'administration sont exécutoires, à défaut d'approbation expresse déjà notifiée, à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la réception par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'emploi et le ministre chargé du budget des délibérations et des documents correspondants, à moins que l'un de ces ministres n'y fasse opposition dans ce délai.

Lorsque l'une de ces autorités demande par écrit des informations ou des documents complémentaires, le délai d'un mois est suspendu jusqu'à la production de ces informations ou documents.

## **Article R131-13**

Le conseil de surveillance est composé de vingt-trois membres désignés pour trois ans. Il comprend :

1° Deux membres de l'Assemblée nationale ;

2° Deux membres du Sénat ;

3° Six représentants des régimes obligatoires de sécurité sociale :

a) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou son représentant ;

b) Le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles ou son représentant ;

c) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ou son représentant ;

d) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales ou son représentant ;

e) Le président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou son représentant ;

f) Le président du conseil d'administration de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole ou son représentant ;

4° Cinq personnes désignées par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles les plus représentatives au plan national, à raison de :

- une par la Confédération générale du travail ;

- une par la Confédération générale du travail-Force ouvrière ;

- une par la Confédération française démocratique du travail ;

- une par la Confédération française des travailleurs chrétiens ;

- une par la Confédération française de l'encadrement CGC ;

5° Cinq personnes désignées par les organisations professionnelles d'employeurs les plus

représentatives, à raison de :

- trois par le Mouvement des entreprises de France ;
- une par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;
- une par l'Union professionnelle artisanale ;

6° Trois personnes qualifiées dans les domaines relevant des missions du fonds, désignées à raison de :

- une par le ministre chargé de la sécurité sociale ;
- une par le ministre chargé de l'emploi ;
- une par le ministre chargé de l'économie.

Un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale, un représentant du ministre chargé de l'emploi, un représentant du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l'agriculture assistant, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance.

## **Article R131-14**

Le président du conseil de surveillance est nommé par décret parmi les parlementaires qui en sont membres.

Les fonctions de président et de membre du conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit. Les frais de déplacement sont remboursés dans les conditions prévues par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

## **Article R131-15**

Le conseil de surveillance se réunit au moins une fois par an 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 ou par la majorité des membres du conseil.

Le conseil de surveillance est destinataire du rapport sur la mise en oeuvre de l'allégement de cotisations prévu à l'article L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale, qui lui est transmis conformément à l'article 36 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail, du rapport annuel d'activité du fonds, des documents visés au 3° de l'article R. 131-11 et des conventions prévues au II et au III de l'article R. 131-18.

Il concourt à la définition des orientations du fonds en rendant, lorsqu'il l'estime nécessaire, des avis publics sur les documents qui lui sont transmis. Le conseil d'administration peut le consulter sur toute question.

## **Article R131-16**

Le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale est dirigé par un directeur, nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'emploi et du budget.

En cas de vacance de l'emploi de directeur ou d'empêchement de celui-ci, ses fonctions sont exercées par un agent de l'établissement nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'emploi et du ministre chargé du budget.

Le directeur dirige l'établissement et est responsable de son bon fonctionnement. Il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité, et notamment :

1° Il prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration, auquel il rend compte de sa gestion ;

2° Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

3° Il prépare le budget et l'exécute ;

4° Il est ordonnateur des dépenses et des recettes du fonds ;

5° Il recrute le personnel de l'établissement ;

6° Il exerce l'autorité hiérarchique sur le personnel ;

7° Il conclut au nom du fonds les marchés publics et les contrats ;

8° Il prépare les conventions prévues au II et au III de l'article R. 131-18 et les signe après y avoir été autorisé par le conseil d'administration ;

9° Il assure le secrétariat du conseil d'administration et du conseil de surveillance.

## **Article R131-17**

Les opérations financières et comptables de l'établissement sont effectuées conformément aux dispositions du décret n° 53-1227 du 10 décembre 1953 modifié relatif à la réglementation comptable applicable aux établissements publics nationaux à caractère administratif et du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général sur la comptabilité publique. Les disponibilités de l'établissement sont déposées auprès d'un comptable du Trésor.

L'agent comptable du fonds est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'emploi et du budget.

Des régies de recettes et d'avances peuvent être instituées conformément aux dispositions du décret n° 92-681 du 20 juillet 1992 relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics.

Le fonds est soumis au contrôle financier de l'Etat dans les conditions prévues par le décret du 25 octobre 1935 organisant le contrôle financier des offices et des établissements publics autonomes de l'Etat.

## **Section 2 : Dispositions relatives aux opérations financières du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale**

### **Article R131-18**

I. - Les organismes de sécurité sociale qui bénéficient des prises en charge visées au 1° de l'article L. 131-9 et les organismes qui centralisent le recouvrement des cotisations faisant l'objet des allègements visés au même article communiquent au fonds toute information utile à l'exercice de sa mission, en particulier les états justificatifs, statistiques et comptables relatifs aux allègements pris en charge, ventilés par mesure d'allègement et, à la demande du fonds, par l'organisme de recouvrement.

II. - Le fonds verse à chacun des organismes de sécurité sociale concernés des acomptes représentatifs du montant prévisionnel des prises en charge mentionnées au 1° de l'article L. 131-9. Les montants et les dates de versement sont déterminés dans le cadre des conventions prévues à l'article L. 131-11, compte tenu des prévisions de recettes du fonds.

Les acomptes sont régularisés dès réception par le fonds des états justificatifs annuels.

III. - Le fonds passe des conventions avec l'Etat ou l'organisme en charge de la centralisation de recettes visées à l'article L. 131-10, ayant notamment pour objet de préciser les pièces justificatives qui doivent être communiquées au fonds ainsi que les modalités et la périodicité de versement des recettes.

## **Article R131-19**

Les disponibilités excédant les besoins de trésorerie du fonds peuvent faire l'objet de placements en valeurs d'Etat et en valeurs garanties par l'Etat dans les conditions fixées par le ministre chargé de l'économie. Le produit de ces placements est affecté au financement des dépenses incombant au fonds en application de l'article L. 131-9.

## **Chapitre 3 : Recouvrement des cotisations, versement et recouvrement des prestations**

### **Section 1 : Procédure sommaire.**

#### **Article R133-1**

Avant de saisir le ministre chargé de la sécurité sociale ou le ministère public des poursuites à exercer en vertu des articles L. 244-1 à L. 244-4, le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 a la faculté de recourir à la procédure sommaire prévue ci-après en vue du recouvrement des sommes dues par l'employeur ou le travailleur indépendant.

#### **Article R133-2**

Si à l'expiration du délai de quinze jours imparti par l'avertissement ou la mise en demeure, le versement dû n'a pas été intégralement effectué ou si la réclamation introduite dans ce même délai par l'employeur ou le travailleur indépendant n'a pas été admise par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 et n'a pas été portée par l'employeur ou le travailleur indépendant dans les quinze jours devant la juridiction compétente pour les contestations relatives aux cotisations, l'état des cotisations ouvrières et patronales de sécurité sociale mentionnées par l'avertissement ou la mise en demeure est rendu exécutoire par décision du responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, remise au trésorier-payeur général du département où se trouve l'établissement de l'employeur ou le domicile du travailleur indépendant, qui assure, par l'intermédiaire du percepteur du domicile du débiteur, le recouvrement des sommes ainsi exigibles, y compris les frais afférents, comme en matière de contributions directes.

L'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article L. 133-1 est pris par le ministre chargé du budget.

La procédure sommaire applicable au recouvrement des cotisations, et, éventuellement, des pénalités de retard dues au titre des régimes de protection sociale agricole demeure soumise aux dispositions de l'article 1143-2 du code rural et aux textes pris pour son application.

## **Section 2 : Contrainte.**

### **Article R133-3**

Si la mise en demeure ou l'avertissement reste sans effet au terme du délai d'un mois à compter de sa notification, le directeur de l'organisme créancier peut décerner la contrainte mentionnée à l'article L. 244-9 ou celle mentionnée à l'article L. 161-1-5. La contrainte est signifiée au débiteur par acte d'huissier de justice ou par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. A peine de nullité, l'acte d'huissier ou la lettre recommandée mentionne la référence de la contrainte et son montant, le délai dans lequel l'opposition doit être formée, l'adresse du tribunal compétent et les formes requises pour sa saisine.

L'huissier de justice avise dans les huit jours l'organisme créancier de la date de signification.

Le débiteur peut former opposition par inscription au secrétariat du tribunal compétent dans le ressort duquel il est domicilié ou par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au secrétariat dudit tribunal dans les quinze jours à compter de la signification. L'opposition doit être motivée ; une copie de la contrainte contestée doit lui être jointe. Le secrétariat du tribunal informe l'organisme créancier dans les huit jours de la réception de l'opposition.

La décision du tribunal, statuant sur opposition, est exécutoire de droit à titre provisoire.

### **Article R133-4**

Les contraintes sont décernées en vue du recouvrement des cotisations et des majorations de retard par le directeur de 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 R133-5**

Dès qu'il a connaissance de l'opposition, l'organisme créancier adresse au secrétaire du tribunal compétent une copie de la contrainte, accompagnée d'une copie de la mise en demeure comportant l'indication du détail des sommes qui ont servi de base à l'établissement de la contrainte, ainsi que l'avis de réception, par le débiteur, de ladite mise en demeure.

### **Article R133-6**

Les frais de signification de la contrainte faite dans les conditions prévues à l'article R133-3, ainsi que de tous actes de procédure nécessaires à son exécution, sont à la charge du débiteur, sauf lorsque l'opposition a été jugée fondée.

## **Article R133-7**

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe le modèle de la contrainte.

## **Section 3 : Dispositions diverses**

### **Article R133-8**

Lorsqu'il ne résulte pas d'un contrôle effectué en application de l'article L. 243-7 du présent code ou de l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, tout redressement consécutif au constat d'un délit de travail dissimulé est porté à la connaissance de l'employeur ou du travailleur indépendant par un document daté et signé par le directeur de l'organisme de recouvrement, transmis par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Ce document rappelle les références du procès-verbal pour travail dissimulé établi par un des agents mentionnés à l'article L. 8271-7 du code du travail et précise la nature, le mode de calcul et le montant des redressements envisagés. Il informe l'employeur ou le travailleur indépendant qu'il a la faculté de présenter ses observations dans un délai de trente jours et de se faire assister par une personne ou un conseil de son choix.

A l'expiration de ce délai et, en cas d'observations de l'employeur ou du travailleur indépendant, après lui avoir confirmé le montant des sommes à recouvrer, le directeur de l'organisme de recouvrement met en recouvrement les sommes dues selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.

### **Article R133-9**

Pour l'application des articles L. 114-10, L. 114-11, L. 243-7, L. 652-6 et L. 723-6-2, les organismes nationaux de sécurité sociale passent entre eux des conventions en vue de fixer les objectifs et les modalités de coordination des opérations de contrôle.

#### **Article R133-9-1**

I. - La notification de payer prévue à l'article L. 133-4 est envoyée par le directeur de l'organisme d'assurance maladie au professionnel ou à l'établissement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Cette lettre précise la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement. Elle mentionne l'existence d'un délai d'un mois à partir de sa réception, imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées. Elle informe ce dernier qu'à défaut de paiement dans ce délai, il sera mis en demeure de payer l'indu avec une majoration de 10 %. Dans le même délai, l'intéressé peut présenter des observations écrites à



l'organisme d'assurance maladie.

En cas de désaccord avec les observations de l'intéressé et en l'absence de paiement dans le délai imparti, le directeur de l'organisme lui adresse par lettre recommandée avec demande d'avis de réception la mise en demeure prévue à l'article L. 133-4. Cette mise en demeure comporte la cause, la nature et le montant des sommes demeurant réclamées, la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement, le motif qui, le cas échéant, a conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées, le montant de la majoration de 10 % afférente aux sommes encore dues ainsi que le délai de saisine de la commission de recours amiable prévue à l'article R. 142-1.

II. - Si le montant de l'indu a été entièrement payé dans le mois suivant l'envoi de la mise en demeure, la majoration de 10 % peut faire l'objet d'une remise par le directeur de l'organisme de sécurité sociale à la demande du débiteur en cas de bonne foi de celui-ci ou si son montant est inférieur à un des seuils, différents selon qu'il s'agit d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III. - Les dispositions des articles R. 133-3, R. 133-5 à R. 133-7 sont applicables à la contrainte instituée par l'article L. 133-4.

IV. - Pour le régime social des indépendants mentionné à l'article L. 611-1, l'indu est recouvré par le directeur de la caisse de base selon les modalités définies ci-dessus.

## **Article R133-9-2**

L'action en recouvrement de prestations indues s'ouvre par l'envoi au débiteur par le directeur de l'organisme compétent d'une notification de payer le montant réclamé. Cette lettre précise le motif, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements donnant lieu à répétition. Elle mentionne l'existence d'un délai imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées. Elle indique les voies et délais de recours ainsi que les conditions dans lesquelles le débiteur peut, dans le délai mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 142-1, présenter ses observations écrites ou orales.

A l'expiration du délai de forclusion prévu à l'article R. 142-1 ou après notification de la décision de la commission instituée à ce même article, le directeur de l'organisme créancier compétent, en cas de refus du débiteur de payer, lui adresse par lettre recommandée avec demande d'avis de réception une mise en demeure qui comporte le motif, la nature et le montant des sommes demeurant réclamées, la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement, le motif qui, le cas échéant, a conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées.

## **Article R133-9-3**

Lorsqu'à la suite d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 162-22-18 les caisses adressent une notification de payer des sommes indûment perçues au regard des dispositions de l'article L. 162-22-6, elles procèdent, avec l'accord de l'établissement, à la compensation entre les sommes indûment perçues par l'établissement et les sommes dues par la caisse au titre des sous-facturations, le cas échéant, constatées à l'occasion du contrôle, en précisant la date, la cause, la nature et le montant de chacune des sommes dues par la caisse au titre de ces sous-facturations.

## **Chapitre 3 bis : Modernisation et simplification du recouvrement des cotisations**

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

#### **Article R133-10**

Il est institué un comité de normalisation des données sociales déclaratives et de leurs échanges, placé auprès des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, sous l'autorité d'un président nommé par eux, et où sont représentés les administrations et organismes intéressés.

#### **Article R133-11**

Le comité établit un document dénommé " référentiel des données sociales ", au vu du recensement des éléments figurant dans l'ensemble des déclarations incombant aux employeurs en application de dispositions législatives ou réglementaires ou de stipulations conventionnelles rendues obligatoires par de telles dispositions.

Il soumet à l'approbation des ministres une proposition de norme d'échanges pour l'application du II de l'article L. 133-5-4, sous la forme d'un document appelé " cahier technique de la norme ", accompagné d'un rapport présentant les choix effectués et leur impact.

Il propose, sous les mêmes formes, toute modification de nature à permettre notamment une simplification de la norme et des déclarations effectuées au moyen de celle-ci.

Le comité peut être saisi par les ministres cités à l'article R. 133-10 de toute question relative à la normalisation des données sociales.

Le comité se réunit au moins une fois par an en formation plénière. Dans l'intervalle, l'ensemble de ses compétences est exercé par le collège mentionné à l'article R. 133-12.

Le comité fait rapport de ses travaux une fois par an aux ministres cités à l'article R. 133-10.

#### **Article R133-12**

Les propositions relatives à la norme d'échanges sont adoptées dans une formation restreinte dénommée collège, où sont notamment représentés des administrations intéressées, des organismes nationaux du régime général de sécurité sociale et d'autres organismes de protection sociale.

Un arrêté conjoint des ministres précise les modalités d'organisation et de fonctionnement du comité et du collègue et fixe la liste des administrations et organismes qui les composent respectivement.

## **Section 2 : Interlocuteur social unique pour les indépendants**

### **Article R133-20**

I. - Les organismes de recouvrement du régime général mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 peuvent, en application du I de l'article L. 133-6-4, si aucune autre cotisation ou contribution sociale n'est due par le travailleur indépendant, effectuer toute opération de recouvrement amiable jusqu'au trentième jour suivant la date d'échéance ou la date limite de paiement lorsqu'elle est distincte et proposer à l'intéressé un échéancier de paiement qui ne peut excéder quatre-vingt-dix jours.

Les majorations de retard et les pénalités exigibles peuvent faire l'objet d'une remise par le directeur de l'organisme concerné soit en cas de paiement intégral dans le délai de trente jours suivant la date d'échéance ou la date limite de paiement, soit dans le cadre de l'échéancier de paiement mentionné au premier alinéa. Cette remise est effectuée dans les conditions fixées au I de l'article R. 243-20.

Le directeur de l'organisme de recouvrement concerné procède, si les conditions prévues à l'article R. 243-19-1 sont remplies, à une remise automatique des majorations et pénalités.

Toutefois, aucune remise ne peut être accordée sur les majorations ou pénalités portant sur des cotisations et contributions sociales dues, à titre personnel, à la suite du constat de l'infraction relative au travail dissimulé défini à l'article L. 324-10 du code du travail.

II. - Le régime social des indépendants assure, en cas d'incident de paiement, les opérations de recouvrement lorsque le travailleur indépendant est déjà redevable de cotisations ou contributions sociales ou en l'absence de paiement intégral ou d'octroi d'un échéancier de paiement avant le trente et unième jour suivant la date mentionnée au premier alinéa du I.

La remise des majorations et pénalités peut être accordée dans les conditions fixées à l'article R. 243-19-1 ou au I de l'article R. 243-20, sauf si celles-ci portent sur des cotisations et contributions sociales dues, à titre personnel, à la suite du constat de l'infraction relative au travail dissimulé défini à l'article L. 324-10 du code du travail.

L'encaissement des cotisations et contributions sociales en cause est effectué par les organismes mentionnés au I.

### **Article R133-21**

Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, après une vérification des déclarations transmises par un travailleur indépendant, effectuée en application du deuxième alinéa de l'article L. 133-6-5 et conformément aux articles R. 243-43-3 et R. 243-43-4, transmettent leurs observations

ainsi que les réponses du travailleur indépendant à la caisse de base du régime social des indépendants dont relève celui-ci. Cette caisse assure la mise en recouvrement des sommes dues à l'issue de cette vérification.

Lorsque le contrôle est effectué dans les conditions définies à l'article R. 243-59 ou à l'article R. 243-59-3, le procès-verbal de contrôle, faisant état des observations de l'inspecteur ou du contrôleur du recouvrement, accompagné, s'il y a lieu, de la réponse de l'intéressé et de celle de l'inspecteur ou du contrôleur du recouvrement, est, par dérogation aux dispositions du septième alinéa de l'article R. 243-59, transmis à la caisse de base du régime social des indépendants dont relève le cotisant contrôlé, pour mise en recouvrement des sommes dues.

L'encaissement des cotisations et contributions sociales mises en recouvrement suite à une vérification des déclarations ou à un contrôle est effectué par les organismes de recouvrement mentionnés au I de l'article R. 133-20.

La caisse de base du régime social des indépendants assure, le cas échéant, le recouvrement contentieux de ces cotisations et contributions sociales.

## **Article R133-22**

I. - Il est institué entre le régime social des indépendants et les organismes de recouvrement du régime général de sécurité sociale un comité national et des comités locaux de concertation et de coordination, chargés de mettre en oeuvre les missions de coordination définies au 2° bis de l'article L. 225-1-1 et au 11° de l'article L. 611-4.

II. - Le comité national de concertation et de coordination comprend :

1° Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou son représentant, président ;

2° Le président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou son représentant ;

3° Le directeur de chaque caisse nationale ou son représentant ;

4° Quatre directeurs des caisses de base du régime social des indépendants ou leurs représentants, désignés par le directeur général de la caisse nationale ;

5° Quatre directeurs des organismes de recouvrement du régime général ou leurs représentants, désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Le comité national se réunit au moins deux fois par an et à la demande du président du conseil d'administration ou du directeur de la Caisse nationale du régime social des indépendants, du président du conseil d'administration ou du directeur de l'Agence centrale des organismes de

sécurité sociale.

Un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale et un représentant du ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales assistent aux réunions du comité national et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

Le comité national est chargé de veiller à l'application concertée et coordonnée pour les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales des orientations nationales définies par le régime social des indépendants, conformément aux articles L. 133-6-4 et L. 133-6-5, en matière de recouvrement amiable et contentieux des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants en difficulté et en matière de contrôle.

Il peut donner des instructions aux organismes locaux et formuler des propositions aux autorités compétentes de l'Etat.

Le comité national établit chaque année un rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales.

III. - Un comité local de concertation et de coordination est institué dans le ressort territorial de chaque caisse de base du régime social des indépendants.

Il comprend :

1° Le directeur de la caisse de base du régime social des indépendants ou son représentant, président ;

2° Deux agents de direction de la caisse de base du régime social des indépendants ou leurs représentants, désignés par le directeur de cette caisse ;

3° Deux directeurs des organismes de recouvrement du régime général dont le siège est situé dans le même ressort territorial, ou leurs représentants.

Le président de la caisse de base du régime social des indépendants ou son représentant et le président ou un administrateur issu du collège des travailleurs indépendants de l'un des organismes de recouvrement mentionnés au 3°, ou leur représentant, assistent aux réunions du comité local.

Un membre du service mentionné à l'article R. 155-1 peut assister aux réunions et représenter l'Etat auprès du comité local.

Le comité local se réunit au moins une fois par trimestre et à la demande du président ou du directeur de la caisse de base du régime social des indépendants, du président ou de l'administrateur ou de l'un des directeurs des organismes de recouvrement mentionnés au 3°.

Le comité local veille à l'application, de façon concertée et coordonnée, des orientations nationales

en matière de recouvrement et de contrôle et s'assure que les dossiers des personnes en difficulté exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales sont traités de manière harmonisée.

Il remet chaque année un rapport d'activité au Comité national de concertation et de coordination.

## **Article R133-23**

I. - La commission d'action sociale du régime social des indépendants mentionnée à l'article L. 133-6-6 est chargée de :

1° Définir, dans le respect des objectifs définis, conformément au 4° de l'article R. 611-18, par la convention d'objectifs et de gestion mentionnée au I de l'article L. 611-7, les orientations générales de l'action sociale en faveur des travailleurs indépendants éprouvant des difficultés pour régler leurs cotisations et contributions sociales auprès de ce régime ;

2° Définir les critères généraux de la mise en oeuvre de cette action sociale ;

3° Etablir un bilan annuel de cette mise en oeuvre.

II. - La commission d'action sociale comprend :

1° Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou son représentant, président ;

2° Six représentants des travailleurs indépendants, désignés en son sein par le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants, pour la durée de leur mandat au conseil d'administration.

Le président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, ou son représentant choisi parmi les membres du conseil d'administration de l'agence centrale issus du collège des travailleurs indépendants, le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants, ou son représentant, et le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, ou son représentant, assistent aux réunions de la commission à titre consultatif.

Un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale et un représentant du ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales, ainsi que l'agent chargé du contrôle économique et financier de l'Etat prévu au II de l'article R. 611-1, assistent aux réunions de la commission et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

Le président de la commission a voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

III. - Pour chaque branche et régime mentionnés à l'article L. 611-2, le plafond des ressources

utilisables pour la mise en oeuvre de l'action sociale est fixé dans le cadre des conventions, mentionnées aux articles L. 227-1 et L. 611-7, conclues entre l'Etat et, respectivement, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la Caisse nationale du régime social des indépendants.

Le taux de prélèvement opéré chaque année, au titre de l'action sociale, sur les ressources de chaque branche et régime mentionnés à l'article L. 611-2 est déterminé par le rapport entre le montant des aides attribuées au cours de la même année par le régime social des indépendants au titre de la prise en charge des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et travailleurs indépendants à chacune des branches ou à chacun des régimes et le montant de leurs recettes.

Le prélèvement sur les ressources du régime social des indépendants s'effectue, pour chacune de ces branches et chacun de ces régimes, à due proportion de leur prise en charge respective au titre de l'aide accordée pour le paiement des sommes dues.

IV. - L'action sociale en faveur des travailleurs indépendants éprouvant des difficultés pour régler leurs cotisations et contributions sociales auprès du régime social des indépendants est affectée au paiement des sommes dues dans les conditions prévues au III de l'article L. 133-6-4.

V. - La répartition des crédits du fonds national d'action sociale entre les caisses de base s'effectue dans le cadre des contrats pluriannuels de gestion mentionnés au II de l'article L. 611-7, en fonction de critères définis par la commission d'action sociale.

## **Article R133-24**

Les articles R. 243-18, R. 243-19, R. 243-20-2 et R. 244-2 sont applicables au recouvrement par les caisses de base du régime social des indépendants des cotisations et contributions sociales, mentionnées à l'article L. 133-6, dues auprès de ce régime qui n'ont pas été acquittées à l'échéance ou à la date limite de paiement.

Lorsque les sommes sont inférieures à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et sous réserve des dispositions de l'article R. 133-20, le directeur de la caisse de base peut accorder, dans les conditions prévues au I de l'article R. 243-20, une remise des majorations de retard encourues en cas de non-respect d'une échéance ou d'une date limite de paiement ainsi que de la majoration prévue au cinquième alinéa de l'article L. 131-6.

A partir de ce seuil, il est statué, conformément à l'article R. 243-20, par la commission de recours amiable de la caisse de base, sur proposition du directeur de celle-ci.

Aucune remise ne peut être accordée sur les majorations ou pénalités portant sur des cotisations et contributions sociales dues, à titre personnel, à la suite du constat de l'infraction relative au travail dissimulé défini à l'article L. 324-10 du code du travail.

Si le débiteur produit des garanties suffisantes, le directeur de la caisse de base a la possibilité d'accorder des sursis à poursuite pour le règlement des cotisations et contributions sociales, des pénalités et des majorations de retard.

## **Article R133-25**

Les dispositions des articles R. 612-4, R. 612-9 à R. 612-12, R. 612-17 et R. 652-2 à R. 652-9 sont applicables au recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales.

## **Article R133-26**

I.-Les cotisations et contributions sociales annuelles dues, à titre personnel, par un travailleur indépendant sont acquittées par versements mensuels d'un montant égal, effectués par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou un compte d'épargne. Les versements mensuels sont exigibles à la date de prélèvement mentionnée au deuxième alinéa.

Le travailleur indépendant communique à la caisse de base du régime social des indépendants dont il relève son choix de la date de prélèvement entre le 5 ou le 20 de chaque mois, ainsi qu'une autorisation de prélèvement. A défaut de choix d'une date de prélèvement, les cotisations et contributions sociales sont exigibles le 5 de chaque mois. En l'absence d'autorisation de prélèvement, les cotisations et contributions sociales sont exigibles conformément aux dispositions de l'article R. 133-27.

La date de prélèvement peut être modifiée une fois par année civile, et la demande prend effet au plus tard le deuxième mois suivant celui de sa réception.

II.-Les cotisations et contributions sociales provisionnelles ainsi que les cotisations définitives prévues à l'article L. 635-5 sont prélevées du mois de janvier au mois d'octobre. Chaque prélèvement est égal à un dixième des cotisations définitives dues l'année précédente et calculées sur le revenu professionnel de l'avant-dernière année.

Le complément de cotisations et contributions sociales résultant de la régularisation de celles de l'année précédente est exigible en deux versements d'égal montant, effectués par prélèvement aux mois de novembre et décembre. Toutefois, il est exigible en un seul versement lorsque son montant est inférieur au montant du versement mensuel provisionnel de l'année en cours ou au seuil de recouvrement fixé en application du premier alinéa de l'article L. 133-3.

Lorsque la régularisation fait apparaître un trop-versé, celui-ci est remboursé à l'intéressé au plus tard le 30 novembre.

III.-Par exception aux dispositions du II du présent article, les cotisations et contributions sociales dues, à titre définitif, par les travailleurs indépendants exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 ou dans les collectivités de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin sont prélevées en douze fractions égales.

IV.-Si un prélèvement mensuel n'est pas effectué à sa date d'exigibilité, la somme est recouvrée avec le prélèvement mensuel suivant.

Il est appliqué aux cotisations et contributions sociales qui ne sont pas versées à la date d'exigibilité les majorations de retard mentionnées à l'article R. 243-18.



Toutefois, pour le premier incident de prélèvement mensuel au cours d'une année civile, la date limite de paiement est reportée à celle de l'échéance suivante. Les majorations de retard ne s'appliquent qu'à compter du deuxième incident de prélèvement mensuel au cours de la même année civile.

## **Article R133-27**

I.-Par dérogation au premier alinéa de l'article R. 133-26, le travailleur indépendant peut demander à acquitter les cotisations et contributions sociales provisionnelles ou les cotisations définitives mentionnées au premier alinéa de l'article L. 756-5, pour les départements mentionnés à l'article L. 751-1 et pour les collectivités de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, ainsi que les cotisations définitives prévues à l'article L. 635-5 par versements trimestriels d'un montant égal, exigibles le 5 février, le 5 mai, le 5 août et le 5 novembre.

L'option pour le paiement trimestriel est exercée avant le 1er novembre pour prendre effet le 1er janvier de l'année suivante. Toutefois, en cas de début d'activité professionnelle, ou de reprise d'activité au sens du dernier alinéa de l'article R. 242-16, l'option doit intervenir dans les trente jours suivant le début ou la reprise d'activité pour prendre effet dès cette date.

Le complément de cotisations et contributions sociales résultant de la régularisation de celles de l'année précédente est exigible le 5 novembre. Le trop-versé éventuel est remboursé au travailleur indépendant au plus tard le 30 novembre. Il est appliqué aux cotisations et contributions sociales qui ne sont pas versées à la date d'exigibilité les majorations de retard mentionnées à l'article R. 243-18.

II.-Le renoncement à l'option prévue au I prend effet au plus tard le deuxième mois suivant celui au cours duquel les éléments mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article R. 133-26 sont réceptionnés.

Les cotisations et contributions sociales provisionnelles ainsi que les cotisations définitives prévues à l'article L. 635-5 restant dues pour l'année en cours sont prélevées en autant de mensualités, d'un montant égal, qu'il reste de mois civils entre la date d'effet du renoncement et le 1er novembre de l'année considérée. Le cas échéant, le solde de cotisations provisionnelles et le complément résultant de la régularisation des cotisations et contributions sociales de l'année précédente sont prélevés :

1° Dans les conditions prévues au II de l'article R. 133-26 si la demande de renoncement est reçue avant le 31 août ;

2° Lors des échéances restantes de l'année en cours si la demande est reçue après cette date.

Par dérogation aux trois alinéas précédents, les cotisations et contributions sociales restant dues pour l'année en cours, par les travailleurs indépendants exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 ou dans les collectivités de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, sont payées en autant de mensualités, d'un montant égal, qu'il reste de mois civils entre la date d'effet du renoncement et le 31 décembre de cette même année.

## **Article R133-28**

Les modalités de paiement retenues conformément aux dispositions des articles R. 133-26 et R. 133-27 s'appliquent simultanément à l'ensemble des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 131-6, à l'article L. 136-3 et à l'article 14, chapitre II, de l'ordonnance n°

96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

## **Article R133-29**

En cas de début d'activité professionnelle, ou de reprise d'activité au sens du dernier alinéa de l'article R. 242-16, la première exigibilité des cotisations et contributions sociales provisionnelles et des cotisations définitives prévues à l'article L. 635-5 ne peut intervenir, par dérogation au I de l'article R. 133-26 ou au premier alinéa du I de l'article R. 133-27, moins de quatre-vingt-dix jours après le début ou la reprise d'activité.

Les cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa, dues au titre de l'année de début ou de reprise d'activité, sont exigibles et recouvrées :

1° En cas de prélèvement mensuel, en autant de versements, d'un montant égal, qu'il reste de mois civils compris entre la date d'effet du prélèvement et le 31 décembre de la première année d'activité ;

2° En cas de paiement trimestriel, par versements, d'un montant égal, aux échéances restant à intervenir du début ou de la reprise d'activité à la fin de l'année civile.

Le cas échéant, ces cotisations et contributions sont réparties, ou bien sur les versements provisionnels mensuels, ou bien sur les versements trimestriels de la deuxième année civile d'activité.

## **Article R133-30**

En cas de cessation d'activité :

1° La déclaration mentionnée au premier alinéa de l'article L. 133-6-2 doit être souscrite pour chacune des périodes n'ayant pas encore donné lieu au calcul des cotisations et contributions sociales définitives, dans un délai de quatre-vingt-dix jours ;

2° Les cotisations et contributions sociales provisionnelles cessent d'être dues à compter de la date à laquelle le travailleur indépendant cesse son activité ;

3° Si l'intéressé a versé l'intégralité du montant dû au titre du mois ou du trimestre au cours duquel cette cessation est intervenue, le trop-versé est ou bien imputé sur le complément de cotisations et contributions dû, ou bien est remboursé à l'intéressé dans les quarante-cinq jours suivant la date de réception de la déclaration unique ;

4° Le complément de cotisations et contributions résultant de la régularisation doit être acquitté dans le délai de trente jours suivant l'envoi de l'avis d'appel du complément.

## **Section 2 ter : Déclaration et règlement simplifiés des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants-Régime micro-social**

### **Article R133-30-1**

L'option pour le règlement simplifié des cotisations et contributions dues en application des articles L. 131-6, L. 136-3, L. 635-1, L. 635-5, L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2 et de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, ouverte par l'article L. 133-6-8, est exercée par l'envoi, à la caisse mentionnée à l'article L. 611-8 dont relève le travailleur indépendant, du formulaire dont le modèle est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du commerce et de l'artisanat et des professions libérales. En cas de création ou de reprise d'une activité, le travailleur indépendant peut présenter sa demande au centre de formalités des entreprises prévu à l'article R. 123-1 du code de commerce qui transmet le formulaire à la caisse.

Le cas échéant, la caisse informe le demandeur qu'il n'entre pas dans le champ d'application de l'article L. 133-6-8.

Le demandeur précise la périodicité, mensuelle ou trimestrielle, de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales et, le cas échéant, de l'impôt sur le revenu.

La périodicité de déclaration et de paiement choisie vaut pour l'année civile. Elle est tacitement reconduite l'année suivante, sauf modification dont le travailleur indépendant informe la caisse mentionnée au premier alinéa, au plus tard le 31 octobre de l'année précédant celle au titre de laquelle la demande est effectuée.

Les données relatives aux travailleurs indépendants relevant de l'article L. 622-5 qui ont opté pour le règlement simplifié des cotisations et contributions auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 611-8 sont transmises à la section professionnelle compétente mentionnée à l'article L. 642-5.

### **Article R133-30-2**

Le travailleur indépendant qui a opté pour l'application des dispositions de l'article L. 133-6-8 et, le cas échéant, de celles de l'article 151-0 du code général des impôts communique périodiquement à l'organisme chargé du calcul et de l'encaissement des cotisations et contributions sociales le formulaire dont le modèle est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du commerce et de l'artisanat et des professions libérales.

Le formulaire mentionne le montant du chiffre d'affaires ou le montant des recettes, qui sont pris en compte pour la détermination des régimes d'imposition définis respectivement aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts et qui ont été réalisés au cours du mois ou du trimestre civil précédent, le montant de ses cotisations et contributions sociales correspondantes et, le cas échéant, le montant de l'impôt sur le revenu dû au titre de cette période.

Il est transmis, daté et signé, accompagné, le cas échéant du règlement des sommes dues, au plus tard :

- a) Pour les travailleurs indépendants ayant opté pour le versement mensuel, le dernier jour du mois qui suit l'échéance mensuelle précédente ;
- b) Pour les travailleurs indépendants ayant opté pour le versement trimestriel, les 30 avril, 31 juillet, 31 octobre et 31 janvier.

Le formulaire peut également être transmis par voie électronique, dans les conditions prévues à l'article L. 133-5. Le paiement correspondant peut aussi être effectué sous forme dématérialisée.

En l'absence de chiffre d'affaires ou de recettes, le travailleur indépendant souscrit la déclaration dans les mêmes conditions en y portant la mention "néant" en lieu et place du montant du chiffre d'affaires ou de recettes.

### **Article R133-30-2-1**

Lorsque la déclaration mentionnée à l'article L. 133-6-8-1 n'a pas été souscrite aux dates prévues à l'article R. 133-30-2, le travailleur indépendant est redevable pour chaque déclaration non souscrite d'une pénalité d'un montant égal à 1,50 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur arrondi à l'euro supérieur.

### **Article R133-30-2-2**

Lorsqu'une ou plusieurs déclarations afférentes à une année civile n'ont pas été souscrites à la dernière date d'exigibilité mentionnée à l'article R. 133-30-2, les cotisations et contributions sont calculées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 à titre provisoire, par déclaration trimestrielle ou mensuelle non souscrite, respectivement sur le quart ou le douzième des plafonds mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 133-6-8.

Ces montants sont majorés respectivement de 15 % ou de 5 % par déclaration manquante au titre de cette année civile.

Les cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa sont notifiées par lettre recommandée avec accusé de réception.

Les montants sur lesquels elles ont été établies sont pris en compte pour l'application des dispositions prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 133-6-8.

Lorsque le chiffre d'affaires ou les recettes relatifs aux déclarations manquantes sont déclarés dans un délai de trois mois suivant la notification mentionnée au troisième alinéa, ces cotisations et contributions font l'objet d'une régularisation.

### **Article R133-30-2-3**

Lorsque le travailleur indépendant cesse de remplir les conditions requises pour le bénéfice de l'option définie à l'article L. 133-6-8, la perte du bénéfice de ce régime est notifiée à l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception.

L'intéressé dispose d'un délai d'un mois pour contester cette décision.

### **Article R133-30-3**

Par dérogation à l'article R. 133-30-2, en cas de création ou de reprise d'activité, la première déclaration du chiffre d'affaires ou de recettes et le paiement correspondant portent sur les sommes dues pour la période comprise entre le début ou la reprise d'activité et la fin :

- a) Soit des trois mois civils consécutifs suivants, pour les travailleurs indépendants ayant opté pour le versement mensuel ;
- b) Soit du trimestre civil suivant, pour les travailleurs indépendants ayant opté pour le versement trimestriel.

### **Article R133-30-4**

Le créateur d'entreprise qui bénéficie d'une exonération de cotisations de sécurité sociale en vertu des dispositions des articles L. 161-1-1, L. 161-1-2, L. 161-1-3 et L. 756-5 du code de la sécurité sociale, et, s'il relève des professions artisanales, industrielles et commerciales, des exonérations de l'article 14 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 modifiée relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville ou de l'article 146 modifié de la loi n° 2001-1275 du 28 décembre 2001 de finances pour 2002 peut demander le bénéfice de l'option du calcul et du règlement simplifiés des cotisations et contributions en application de l'article R. 133-30-1, au plus tard le dernier jour du troisième mois qui suit celui de la création de l'entreprise.

Dans ce cas, le bénéfice de l'option prend effet à l'issue de la période d'exonération. Par dérogation aux articles R. 133-30-2 et R. 133-30-3, la première déclaration de chiffre d'affaires ou de recettes et le paiement correspondant portent sur les sommes dues pour la période comprise entre la date de fin du bénéfice de l'exonération et la fin du mois ou du trimestre civil suivant.

### **Article R133-30-5**

En cas de cessation d'activité, le travailleur indépendant en informe le centre de formalités des entreprises en application des dispositions de l'article R. 123-1 du code de commerce.

Dans tous les autres cas d'abandon ou de perte du bénéfice du dispositif prévu à l'article L. 133-6-8, il en informe directement, si nécessaire, la caisse mentionnée à l'article R. 133-30-1.

### **Article R133-30-6**

En cas de non-paiement des sommes dues aux dates prévues à l'article R. 133-30-2, les dispositions des articles R. 243-18, R. 243-19, R. 243-19-1 et R. 243-20 sont applicables.

Les dispositions des articles R. 243-19, R. 243-19-1 et R. 243-20 sont applicables à la pénalité mentionnée à l'article R. 133-30-2-1.

### **Article R133-30-9**

Lorsque l'infraction de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail est constatée, l'organisme chargé du calcul et de l'encaissement des cotisations et contributions sociales procède, en application des dispositions de l'article L. 133-4-2, au recouvrement de la différence entre :

-d'une part, le montant des cotisations et contributions, dont le travailleur indépendant est redevable, en application des articles L. 131-6, L. 136-3, L. 635-1, L. 635-5, L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 et de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, au titre de l'activité effectivement réalisée au cours de la période durant laquelle l'infraction a été constatée ;

-d'autre part, le montant des cotisations et contributions calculées en application de l'article L. 133-6-8 au titre de cette période.

### **Article R133-30-10**

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale reverse aux comptables publics compétents les sommes recouvrées en application du V de l'article 151-0 du code général des impôts aux dates fixées par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.

Pour l'application des dispositions de l'article L. 131-7 au régime prévu à l'article L. 133-6-8, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale notifie à l'Etat la différence entre :

a) D'une part, le montant des cotisations et contributions sociales dont les travailleurs indépendants auraient été redevables au cours de l'année civile en application des articles L. 131-6, L. 136-3, L. 635-1, L. 635-5, L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 du code de la sécurité sociale et de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, et,

b) D'autre part, le montant des cotisations et contributions sociales calculées en application de l'article L. 133-6-8.

Pour l'application des dispositions du présent article aux travailleurs indépendants relevant de l'organisme mentionné au 11° de l'article R. 641-1 du code de la sécurité sociale, est retenue au titre des régimes mentionnés aux articles L. 644-1 et L. 644-2 la plus faible cotisation non nulle dont ils auraient pu être redevables en fonction de leur activité en application des dispositions mentionnées au a du présent article.

## **Section 2 quater : Droits des cotisants**

### **Article R133-30-11**

I.-La demande du cotisant ou du futur cotisant mentionnée aux articles L. 133-6-9 et L. 133-6-10 est adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8, L. 641-1, L. 723-1 et L. 752-4, auprès desquels le cotisant est tenu de souscrire ses déclarations ou de s'affilier. Elle peut également être remise en main propre contre décharge. La demande doit comporter :

1° Le nom et l'adresse du demandeur ;

2° Son numéro d'immatriculation s'il est déjà affilié aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8, L. 641-1, L. 723-1 et L. 752-4 ;

3° Les indications relatives à la législation au regard de laquelle il demande que sa situation soit appréciée ;

4° Une présentation précise et complète de sa situation de fait, de nature à permettre à l'organisme d'apprécier si les conditions requises par la législation sont satisfaites.

Le cotisant ne peut adresser sa demande à l'organisme dès lors que lui a été notifié l'avis prévu par le premier alinéa de l'article R. 243-59.

II.-La demande est réputée complète si, dans le délai de trente jours à compter de sa réception, l'organisme n'a pas fait connaître au cotisant la liste des pièces ou des informations manquantes. L'organisme dispose d'un délai de trois mois, courant à compter de la date à laquelle la demande complète a été reçue, pour notifier au cotisant sa réponse. Celle-ci est motivée et signée par le directeur ou le délégué de l'organisme.

Lorsque la demande du cotisant concerne les conditions d'affiliation au régime social des indépendants, celui-ci se prononce sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 311-11.

III.-Lorsqu'un organisme entend modifier pour l'avenir une décision explicite prise à la suite d'une demande présentée sur le fondement des dispositions de l'article L. 133-6-9, sa nouvelle décision, notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, est motivée et précise au cotisant :

1° Les voies et délais de recours contre cette nouvelle décision ;

2° La faculté prévue à l'article L. 133-6-9 de saisir à fin d'intervention, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la Caisse nationale du régime social des indépendants dans les trente jours suivant la notification de la décision.

IV.-La demande d'intervention adressée par le cotisant à la Caisse nationale du régime social des indépendants est réputée complète si, dans le délai d'un mois à compter de sa réception, la Caisse nationale n'a pas fait connaître au cotisant, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la liste des pièces ou informations manquantes. La demande d'intervention complète fait l'objet par la caisse nationale d'un accusé de réception. Cet accusé mentionne les délais fixés par le V du présent article.

V.-Les délais de recours prévus à l'article R. 142-1 sont interrompus si la Caisse nationale du régime social des indépendants est saisie par une demande complète dans le délai fixé au 2° du III.

La demande d'intervention présentée à la caisse nationale n'a pour effet ni d'interrompre ni de suspendre les délais de prescription. La caisse nationale dispose d'un délai de quarante jours, courant à compter de la date à laquelle la demande complète a été reçue, pour communiquer à l'organisme la position quant à l'interprétation à retenir et la transmettre pour information au cotisant.

Si, avant cette transmission, le cotisant présente une réclamation, devant la commission de recours amiable, contre la nouvelle décision prise par l'organisme, sa demande d'intervention de la caisse nationale devient caduque.

L'organisme notifie au cotisant la position prise par la caisse nationale dans le délai d'un mois à compter de sa réception.

## **Article R133-30-12**

La Caisse nationale du régime social des indépendants transmet au ministre chargé de la sécurité sociale, au plus tard le 31 mars de chaque année, un rapport présentant une synthèse des principales questions posées ainsi que des réponses apportées dans le cadre de l'article L. 133-6-9.

## **Section 3 : Guichet unique pour le spectacle vivant**

### **Article R133-31**

L'organisme habilité par l'Etat mentionné à l'article L. 133-9 est désigné par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du travail.

### **Article R133-32**

La mise en œuvre de l'obligation pour l'employeur de procéder aux déclarations obligatoires est régie par l'article R. 7122-29 du code du travail ci-après reproduit :

" Art. R. 7122-29.-L'employeur procède aux déclarations obligatoires mentionnées à l'article L. 7122-23 :

1° Soit au moyen d'un document appelé déclaration unique et simplifiée ;

2° Soit par voie électronique, dans les conditions prévues à l'article L. 133-5 du code de la sécurité sociale. "

### **Article R133-33**

Les règles relatives à la déclaration unique et simplifiée des employeurs au guichet unique du spectacle vivant sont fixées par l'article R. 7122-31 du code du travail.

### **Article R133-34**

La mise en demeure mentionnée au 3° de l'article L. 133-9-2, adressée à l'employeur par l'organisme habilité par l'Etat à recevoir l'ensemble des cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle, doit exposer la motivation des chefs de redressement ainsi que des majorations de retard prévues au 2° du même article et inviter l'intéressé à présenter ses observations dans un délai de quinze jours suivant sa notification.

### **Article R133-35**

Les demandes de remise des majorations de retard ne sont recevables qu'après règlement de la totalité des cotisations et contributions ayant donné lieu à application des majorations et à la condition d'avoir été présentées dans les six mois suivant la date de ce règlement.

En cas de remise partielle, les majorations de retard dues aux organismes mentionnés à l'article L.



133-9-1 sont remises dans une proportion identique à due concurrence des montants dus.

### **Article R133-36**

Le directeur de l'organisme habilité mentionné à l'article L. 133-9-1 peut, à la demande de l'employeur et après règlement intégral des cotisations salariales, accorder des délais de paiement jusqu'à concurrence de douze mois, pour le règlement des cotisations patronales, des pénalités et des majorations de retard. Ce délai doit être assorti de garanties du débiteur qui sont appréciées par le directeur de l'organisme habilité.

### **Article R133-37**

La notification de la contrainte mentionnée au 3° de l'article L. 133-9-2 indique, à peine de nullité, le montant des créances à recouvrer, le délai dans lequel l'opposition doit être formée, la désignation du tribunal compétent et les formes requises pour sa saisine.

Les règles relatives à la notification de la contrainte et à l'opposition à contrainte, prévues aux articles R. 5422-10 à R. 5422-15 du code du travail, sont applicables.

### **Article R133-38**

L'organisme habilité poursuit, pour le compte de l'ensemble des organismes mentionnés au 3° de l'article L. 133-9-2, l'exécution forcée des décisions de justice rendues.

### **Article R133-39**

L'organisme habilité communique les informations qu'il recueille au moyen de la déclaration unique et simplifiée aux administrations ou organismes mentionnés à l'article L. 133-9-1, selon leurs compétences respectives, et leur reverse les cotisations et contributions qui leur sont dues.

### **Article R133-40**

En cas de règlement partiel par un employeur, l'organisme habilité répartit l'encaissement au prorata des cotisations et contributions dues à chaque organisme mentionné à l'article L. 133-9-1.

En cas de paiement partiel, sauf si l'employeur en a manifesté la volonté expresse contraire, l'organisme habilité impute prioritairement le paiement effectué sur les créances que l'employeur est tenu de précompter sur la rémunération du salarié. Lorsque ce paiement est insuffisant pour éteindre ces créances, l'organisme habilité impute le paiement au prorata de celles-ci. Lorsque le paiement est suffisant pour éteindre ces créances et qu'il subsiste un solde, ce solde est imputé au prorata des cotisations ou contributions restant dues à chaque organisme mentionné à l'article L. 133-9-1.

### **Article R133-41**

Les modalités de la communication d'informations et de reversement des cotisations et des contributions sociales sont fixées par conventions passées entre l'organisme habilité et :

1. Le ministre chargé du travail ;
2. Le ministre chargé de la sécurité sociale ;
3. Le ministre de l'économie et des finances ;

4. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;
5. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
6. La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;
7. L'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage ;
8. Chacun des organismes mentionnés aux c), d), e) et f) du 2° de l'article R. 7122-31 du code du travail.

## **Article R133-42**

Les conventions mentionnées à l'article R. 133-41 fixent le délai de conservation des informations recueillies et des formulaires reçus par l'organisme habilité ainsi que les modalités de prise en charge des dépenses exposées par lui pour l'exécution de ses missions, en prenant en compte notamment le montant des cotisations et contributions reversées.

Elles prévoient les conditions dans lesquelles un bilan est transmis chaque année par l'organisme habilité à chacune des parties aux conventions.

Ces conventions, à l'exception de celles conclues avec les ministres chargés du travail et de la sécurité sociale et le ministre de l'économie et des finances, ne sont applicables qu'à compter de leur homologation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du travail.

## **Chapitre 4 : Compensation**

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

#### **Sous-section 1 : Assurances sociales et prestations familiales.**

##### **Article R134-1**

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés retracent en solde, au titre du régime des salariés agricoles, dans les comptes des branches visées au 1° et 3° de l'article L. 200-2, la différence entre les charges et les produits afférents aux prestations servies.

La Caisse nationale des allocations familiales retrace dans les comptes de la branche visée au 4° de l'article L. 200-2 les charges et les produits afférents aux prestations familiales servies par le régime des salariés agricoles.

La Caisse centrale de mutualité sociale agricole transmet à cet effet à chacune des caisses visées ci-dessus un état retraçant les charges et les produits afférents aux prestations servies par le régime des salariés agricoles.

Les caisses nationales du régime général et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assurent le versement à la Caisse centrale de mutualité sociale agricole des avances nécessaires au règlement des prestations légales de sécurité sociale servies aux salariés agricoles. Ces avances sont effectuées selon une périodicité hebdomadaire pour les prestations qui interviennent à des dates qu'il n'est pas possible de prévoir et à des dates prédéfinies pour les prestations qui interviennent à des dates régulières. Chaque année, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole transmet à ces organismes, avant le 31 octobre, un état prévisionnel de la trésorerie du régime des salariés agricoles pour l'année suivante. Le calendrier et les modalités de versement des avances ainsi que la nature des informations que doit transmettre la Caisse centrale de mutualité sociale agricole sont définis par voie de convention entre cet organisme, d'une part, et les caisses nationales du régime général et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'autre part.

La caisse nationale compétente du régime général peut demander au ministre chargé de l'agriculture de faire procéder par le chef des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles territorialement compétent, à toutes vérifications utiles pour l'application des alinéas ci-dessus.

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

### **Article R134-2**

La compensation instituée entre la caisse nationale des barreaux français et l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales mentionnée à l'article L. 621-3 porte sur le montant d'une prestation de référence égale à l'allocation définie à l'article L. 643-1.

### **Article R134-3**

Chaque année, la compensation est opérée en fonction du rapport entre, d'une part, le total du nombre d'allocataires âgés d'au moins soixante-cinq ans percevant une pension de droit direct à la charge respectivement de la caisse nationale des barreaux français et des sections professionnelles de l'organisation autonome des professions libérales et, d'autre part, le total du nombre de cotisants actifs aux mêmes organismes quel que soit leur âge.

Ne sont pas considérés comme cotisants actifs :

1°) les assurés volontaires ;

2°) les assurés pendant leur première année d'exercice.

## **Section 6 : Application de la compensation au régime d'assurance vieillesse des ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.**

### **Article R134-4**

Les modalités d'application de l'article L. 134-1 sont applicables au régime d'assurance vieillesse institué par l'article L. 721-1 dans les mêmes conditions qu'aux régimes de non-salariés.

Toutefois, pour l'application de ces dispositions, est considérée comme cotisant actif [\*définition\*] toute personne, quel que soit son âge, assujettie audit régime à titre obligatoire ou en application du dernier alinéa de l'article R. 721-31 et qui est personnellement débitrice d'une cotisation.

## **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 R134-5**

Le fonds national des accidents du travail de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés verse chaque mois à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines les sommes nécessaires à la couverture des charges de prestations du fonds national des accidents du travail et des maladies professionnelles que gère cette dernière caisse, au vu d'un état mensuel indiquant pour le mois précédent le solde de ce fonds et pour le mois en cours le montant prévisionnel de ses recettes et de ses dépenses.

Les versements sont effectués chaque vingt-cinquième jour calendaire ou le jour suivant si ce jour est férié.

## **Chapitre 5 : Fonds de solidarité vieillesse**

### **Section 1 : Dispositions générales**

#### **Article R135-1**

Le fonds de solidarité vieillesse est un établissement public de l'Etat à caractère administratif placé

sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

## **Article R135-2**

Le conseil d'administration du fonds de solidarité vieillesse comprend sept membres :

- 1° Le président ;
- 2° Deux représentants du ministre chargé de la sécurité sociale ;
- 3° Deux représentants du ministre chargé du budget ;
- 4° Un représentant du ministre chargé de l'économie ;
- 5° Un représentant du ministre chargé des personnes âgées.

Le président est nommé par décret pris sur la proposition du ministre chargé de la sécurité sociale, pour une durée de trois ans renouvelable. Les autres membres du conseil d'administration sont nommés pour la même durée renouvelable, par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'économie, du ministre chargé du budget et du ministre chargé des personnes âgées.

Les fonctions de président et d'administrateur sont exercées à titre gratuit. Elles ouvrent droit aux indemnités et frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

## **Article R135-3**

Le conseil d'administration se réunit au moins deux fois par an 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.

Les délibérations du conseil d'administration sont adoptées à la majorité simple des membres présents.

En cas de partage égal des voix au sein du conseil d'administration, la voix du président est prépondérante.

Le directeur, le membre du corps du contrôle général économique et financier et l'agent comptable assistent avec voix consultative aux délibérations du conseil.

## **Article R135-4**

Le conseil d'administration a pour rôle :

- 1° D'adopter le budget du fonds de solidarité vieillesse ;
- 2° D'approuver le rapport annuel d'activité et, sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres, les comptes annuels au vu de l'opinion émise par l'instance chargée de la certification ;
- 3° D'approuver les conventions prévues à l'article R. 135-13 ;
- 4° De délibérer sur toute question relative au fonctionnement du fonds ;
- 5° De proposer au Gouvernement toutes mesures tendant à maintenir l'équilibre financier du fonds ;
- 6° D'accepter les dons et legs.

Les procès-verbaux des séances du conseil d'administration sont communiqués au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget dans les quinze jours qui suivent la réunion du conseil.

## **Article R135-5**

Les délibérations du conseil d'administration sont exécutoires, à défaut d'approbation expresse déjà notifiée, à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la réception par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget des délibérations et des documents correspondants, à moins que les ministres de tutelle n'aient fait connaître dans ce délai leur refus d'approuver ces délibérations ou leur décision de surseoir à leur application.

Lorsque l'une des autorités visées ci-dessus demande par écrit des informations ou des documents complémentaires, le délai d'un mois est suspendu jusqu'à la production de ces informations ou documents.

## **Article R135-6**

Le conseil d'administration est assisté par un comité de surveillance dont les membres sont désignés pour une durée de trois ans renouvelable. Ce comité est composé comme suit :

- 1° Deux membres de l'Assemblée nationale et deux membres du Sénat ;

2° Un membre de la Cour des comptes ayant au moins le rang de conseiller maître, proposé par le premier président de la Cour des comptes et désigné par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

3° Un membre du corps de l'inspection générale des finances ayant au moins le rang d'inspecteur général, proposé par le chef de service de l'inspection et désigné par le ministre chargé de l'économie ;

4° Un membre du corps de l'inspection générale des affaires sociales ayant au moins le rang d'inspecteur général, proposé par le chef de service dudit corps et désigné par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

5° Le président du conseil d'administration, ou son représentant, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

6° Le président du conseil central d'administration, ou son représentant, de la mutualité sociale agricole ;

7° Les présidents des conseils d'administration, ou leurs représentants, de chacune des organisations autonomes d'assurance vieillesse mentionnées chargées des groupes professionnels mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 ;

8° Cinq représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national à raison de :

-un par la Confédération générale du travail ;

-un par la Confédération générale du travail-Force ouvrière ;

-un par la Confédération française démocratique du travail ;

-un par la Confédération française des travailleurs chrétiens ;

-un par la Confédération française de l'encadrement-CGC ;

9° Cinq représentants des employeurs et travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives à raison de :

-trois par le Mouvement des entreprises de France ;

-un par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;

-un par l'Union professionnelle artisanale.

10° Quatre personnes qualifiées dans les domaines relevant des missions du fonds de solidarité vieillesse désignées à raison de :

-deux par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

-une par le ministre chargé de l'économie ;

-une par le ministre chargé du budget.

11° Un représentant des régimes de retraite autres que ceux énumérés ci-dessus, désigné après entente entre les présidents des caisses et institutions intéressées ou, à défaut, par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

12° Trois représentants désignés par le Comité national des retraités et personnes âgées.

Un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale, un représentant du ministre chargé de l'économie et des finances, un représentant du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l'agriculture assistent aux réunions du comité de surveillance.

Le comité de surveillance est chargé d'assister le conseil d'administration dans la définition des orientations du fonds de solidarité vieillesse. Il donne son avis sur le rapport d'activité retraçant l'ensemble des missions mentionnées à l'article L. 135-1. Le comité de surveillance peut entendre toute personne dont l'audition lui paraît utile. Le conseil d'administration peut le consulter sur toute question.

Le président du comité de surveillance est nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale parmi les parlementaires qui en sont membres. Le vice-président est élu au sein du comité parmi les représentants des partenaires sociaux. Il se réunit au moins une fois par an 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.

Les fonctions de président, de vice-président et de membres du comité de surveillance sont exercées à titre gratuit. Les frais de déplacement sont remboursés dans des conditions prévues par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

## **Article R135-7**

Le fonds de solidarité vieillesse est dirigé par un directeur, nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

En cas de vacance provisoire de l'emploi de directeur ou d'empêchement de celui-ci, ses fonctions



sont exercées par un agent de l'établissement nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Le directeur dirige l'établissement et est responsable de son bon fonctionnement. Il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité, et notamment :

1° Il prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration, auquel il rend compte de sa gestion ;

2° Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

3° Il prépare le budget du fonds de solidarité vieillesse et l'exécute ;

4° Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, il arrête les comptes annuels du fonds ;

5° Il recrute le personnel de l'établissement ;

6° Il exerce l'autorité hiérarchique sur le personnel ;

7° Il conclut au nom du fonds les marchés publics et les contrats ;

8° Il négocie les conventions prévues à l'article R. 135-13 et les signe après leur approbation par le conseil d'administration ;

9° Il assure le secrétariat du conseil d'administration et du comité de surveillance.

## **Article R135-8**

Sous réserve de l'article R. 114-6-1 du présent code, les opérations financières et comptables de l'établissement sont effectuées conformément aux dispositions du décret n° 53-1227 du 10 décembre 1953 relatif à la réglementation applicable aux établissements publics nationaux à caractère administratif et du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général sur la comptabilité publique. Toutefois, le compte financier est établi par l'agent comptable, arrêté par le directeur et approuvé lors de la même séance du conseil d'administration que celle qui approuve les comptes annuels et les comptes combinés.

L'agent comptable du fonds est nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Des régies de recettes et d'avances peuvent être instituées conformément aux dispositions du décret n° 92-681 du 20 juillet 1992 relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics, modifié par le décret n° 92-1368 du 23 décembre 1992.

Le fonds est soumis au contrôle financier de l'Etat dans les conditions prévues par le décret du 25 octobre 1935 organisant le contrôle financier des offices et des établissements publics autonomes de l'Etat.

## **Article R135-9**

I. - Les organismes qui servent les prestations financées par le fonds de solidarité vieillesse sont tenus de lui communiquer toute information utile à l'exercice de sa mission, en particulier les états justificatifs prévus au dernier alinéa du présent article.

II. - Le fonds verse à chacun des régimes ou services intéressés des acomptes mensuels représentatifs des prévisions de dépenses du fonds de solidarité vieillesse. Les montants et les dates de versement sont déterminés dans le cadre des conventions prévues à l'article R. 135-13.

Par exception à l'alinéa précédent, les organismes ou services ayant assuré, au 1er juillet de l'année précédant l'année en cours, le service d'un nombre d'allocations supplémentaires mentionnées à l'article L. 815-2, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, et d'allocations de solidarité aux personnes âgées mentionnées à l'article L. 815-1 inférieur ou égal à mille reçoivent un versement annuel unique.

Pour les dépenses prévues à l'article L. 135-2, les acomptes mentionnés au premier alinéa du II sont régularisés dès réception par le fonds des états justificatifs annuels liés au service des dépenses incombant au fonds. Pour les versements prévus au 4° de l'article L. 135-2, les effectifs à prendre en considération sont ceux prévus aux articles R. 135-15 et R. 135-16.

## **Article R135-10**

Les organismes ou services débiteurs des allocations mentionnées à l'article L. 815-2, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, reçoivent du Fonds de solidarité vieillesse des subventions et des remises de gestion destinées à couvrir leurs charges de gestion de ces allocations selon les modalités alors applicables.

Les organismes ou services débiteurs de l'allocation de solidarité aux personnes âgées prévue à l'article L. 815-1 reçoivent du Fonds de solidarité vieillesse :

1° Une subvention fixée à 0,6 % du montant des allocations de solidarité aux personnes âgées servies par chacun d'eux. Cette subvention est versée au même rythme que le paiement des acomptes prévus au II de l'article R. 135-9 et est régularisée dans les mêmes conditions.

2° Des remises de gestion fixées à 20 % des montants recouverts sur successions par chacun d'eux.

Toutefois, ces subventions et remises, destinées au financement des charges de gestion de

l'allocation de solidarité aux personnes âgées, peuvent être déterminées dans le cadre d'une convention d'objectifs et de gestion conclue par chacun des organismes ou services débiteurs avec le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

### **Article R135-11**

La part du produit de la contribution sociale prévue à l'article L. 136-1 et affectée au fonds de solidarité vieillesse [\*financement\*] est centralisée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale et versée par cette dernière au fonds de solidarité vieillesse dans les conditions fixées par la convention prévue à l'article R. 135-13.

### **Article R135-12**

La part du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 et affectée au fonds de solidarité vieillesse ainsi que les recettes fiscales mentionnées au 2° de l'article L. 135-3 sont versées par l'Etat dans les conditions fixées par la convention prévue à l'article R. 135-13.

### **Article R135-13**

Les modalités de versement des recettes et des dépenses prévues aux articles R. 135-9, R. 135-11, R. 135-12 et R. 135-16-2 à R. 135-16-6 sont déterminées par des conventions signées, respectivement, entre :

- le fonds de solidarité vieillesse et les régimes ou services bénéficiaires de versements ;
- le fonds et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;
- le fonds et l'Etat.

### **Article R135-14**

Les disponibilités excédant les besoins de trésorerie du fonds de solidarité vieillesse peuvent faire l'objet de placements en valeurs d'Etat et en valeurs garanties par l'Etat dans les conditions fixées par le ministre chargé de l'économie. Le produit de ces placements est affecté au financement des dépenses incombant au fonds mentionnées au premier alinéa de l'article L. 135-1.

Les disponibilités excédant les besoins de trésorerie peuvent également être déposées, suivant les modalités fixées par la convention prévue à l'article L. 225-1-3, auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Elles sont alors productives d'intérêts.

## **Section 2 : Dispositions relatives à certaines dépenses du fonds de solidarité vieillesse**

### **Article R135-15**

Le versement forfaitaire résultant de l'application du a du 4° de l'article L. 135-2 est égal au produit, d'une part, du taux et de l'assiette de cotisations ci-après fixés, d'autre part, de 35 % de l'effectif moyen des personnes effectuant leur service national légal pour l'année en cause.

Le taux de la cotisation mentionné à l'alinéa précédent est égal au taux cumulé de la cotisation patronale et salariale prévu à l'article R. 135-17 dans le régime général de sécurité sociale pour la couverture du risque vieillesse. Cette cotisation est assise sur une assiette forfaitaire égale, par mois, à 90 % de la valeur de 169 fois le salaire horaire minimum de croissance prévu à l'article R. 135-17.

Ce versement est réparti entre les régimes concernés au prorata du total de cotisants à chacun des régimes intéressés. Le nombre de cotisants est celui retenu par la commission prévue à l'article L. 134-1.

### **Article R135-15-1**

Le versement forfaitaire résultant de l'application du 7° de l'article L. 135-2 est égal au produit, d'une part, du taux et de l'assiette de cotisations ci-après fixés, d'autre part, de l'effectif réel des personnes effectuant un volontariat civil pour l'année en cause.

Le taux de cotisation mentionné à l'alinéa précédent est égal au taux cumulé de la cotisation patronale et salariale prévu à l'article R. 135-17 dans le régime général de sécurité sociale pour la couverture du risque vieillesse. Cette cotisation est assise sur une assiette forfaitaire égale, par mois, à 90 % de la valeur de 169 fois le salaire horaire minimum de croissance prévu à l'article R. 135-17.

Ce versement est réparti entre les régimes concernés au prorata du total de cotisants à chacun des régimes intéressés. Le nombre de cotisants est celui retenu par la commission prévue à l'article L. 134-1.

### **Article R135-16**

Le versement forfaitaire résultant de l'application du b du 4° de l'article L. 135-2 à l'exclusion de celui correspondant aux périodes de perception 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) modifiée est égal au produit, d'une part, du taux et de l'assiette de cotisations ci-après fixés, d'autre part, des effectifs des assurés ayant bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 322-3 et L.

351-3 du code du travail, des allocations spéciales en faveur de certaines catégories de travailleurs âgés, mentionnées au 2° de l'article L. 322-4 du même code, ainsi que des allocations d'insertion et de solidarité spécifique respectivement mentionnées aux articles L. 351-9 et L. 351-10 du code susvisé.

Les effectifs mentionnés à l'alinéa précédent correspondent à la moyenne de l'effectif constaté en fin de mois sur l'année selon les statistiques tenues par l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Unedic). Toutefois les effectifs des assurés ayant bénéficié des allocations mentionnées à l'article L. 322-3 du code du travail sont pris en compte dans la limite des deux tiers.

Le taux de la cotisation mentionné au premier alinéa est égal au taux cumulé de la cotisation patronale et salariale prévu à l'article R. 135-17 en vigueur dans le régime général de sécurité sociale pour la couverture du risque vieillesse. Cette cotisation est assise sur une assiette forfaitaire égale par mois à 90 % de la valeur de 169 fois le montant du salaire horaire minimum de croissance prévu à l'article R. 135-17.

Le versement du fonds de solidarité vieillesse est réparti entre le régime général et le régime des salariés agricoles au prorata de leurs effectifs d'assurés bénéficiant des allocations mentionnées au premier alinéa et notifiés à chacun d'eux par l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce.

### **Article R135-16-1**

Le versement forfaitaire correspondant à la prise en compte par les régimes visés au 4° de l'article L. 135-2 des périodes de perception 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) modifiée est égal au produit, d'une part, du taux et de l'assiette de cotisation ci-après fixés, d'autre part, des effectifs des assurés ayant bénéficié de cette allocation.

Les effectifs mentionnés à l'alinéa précédent correspondent à la moyenne de l'effectif constaté en fin de mois sur l'année selon les statistiques tenues par le ministère chargé des anciens combattants et victimes de guerre.

Le taux et l'assiette de cotisation mentionnés au premier alinéa sont ceux fixés au troisième alinéa de l'article R. 135-16.

Le versement du fonds de solidarité vieillesse est réparti entre le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes de retraite de base des artisans, commerçants et professions industrielles au prorata de leurs effectifs d'assurés bénéficiant de l'allocation mentionnée au premier alinéa et notifiés à chacun d'eux par le ministère chargé des anciens combattants et victimes de guerre.

### **Article R135-16-2**

Le versement forfaitaire résultant de l'application du VII de l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer est égal au produit, d'une part, du taux et de l'assiette de cotisations ci-après fixés, d'autre part, des effectifs des assurés ayant bénéficié des allocations de congé-solidarité.

Les effectifs constatés à l'alinéa précédent correspondent à la moyenne de l'effectif constaté en fin de mois sur l'année selon les statistiques tenues par l'organisme gestionnaire de l'allocation de congé-solidarité mentionné au I de l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer.

Le taux de la cotisation mentionné au premier alinéa est égal au taux cumulé de la cotisation patronale et salariale prévu à l'article R. 135-17 en vigueur dans le régime général de la sécurité sociale. Cette cotisation est assise sur une assiette forfaitaire égale par mois à 90 % de la valeur de 169 fois le montant du salaire horaire minimum de croissance prévu à l'article R. 135-17.

Le versement du fonds de solidarité vieillesse est réparti entre le régime général et le régime des salariés agricoles au prorata de leurs effectifs d'assurés bénéficiant de l'allocation mentionnée au premier alinéa et notifiés à chacun d'eux par l'organisme mentionné au deuxième alinéa du présent article.

### **Article R135-16-3**

Le versement forfaitaire résultant, pour ce qui concerne les périodes pendant lesquelles des assurés ont bénéficié de prestations maladie, maternité, accident du travail et maladie professionnelle, de l'application du f du 4° de l'article L. 135-2 est égal au produit du montant résultant de l'application du taux de cotisation à l'assiette fixé à l'alinéa suivant par une fraction, fixée dans les conditions définies à l'article R. 135-16-7, du nombre total des journées indemnisées à ce titre au cours de l'année en cause.

Le taux de cotisation mentionné au premier alinéa est égal au taux cumulé de la cotisation patronale et salariale prévu à l'article R. 135-17 en vigueur dans le régime général de sécurité sociale pour la couverture du risque vieillesse. Cette cotisation est assise sur une assiette forfaitaire égale à 7 fois le montant du salaire horaire minimum de croissance prévu à l'article R. 135-17.

Le versement du fonds de solidarité vieillesse est réparti entre les régimes concernés au prorata du nombre de journées indemnisées mentionnées au premier alinéa versées par chacun d'eux.

### **Article R135-16-4**

Le versement forfaitaire résultant, pour ce qui concerne les périodes pendant lesquelles des assurés ont perçu une pension au titre de l'invalidité, de l'application du f du 4° de l'article L. 135-2 est égal au produit du montant résultant de l'application du taux de cotisation à l'assiette fixé à l'alinéa suivant par une fraction, fixée dans les conditions définies à l'article R. 135-16-7, des effectifs des assurés bénéficiant de cette prestation au 31 décembre de l'année en cause, selon les statistiques tenues par les régimes.

Le taux de cotisation mentionné au premier alinéa est égal au taux cumulé de la cotisation patronale

et salariale prévu à l'article R. 135-17 en vigueur dans le régime général de sécurité sociale pour la couverture du risque vieillesse. Cette cotisation est assise sur une assiette forfaitaire égale à 1 820 fois le montant du salaire horaire minimum de croissance prévu à l'article R. 135-17.

Le versement du fonds de solidarité vieillesse est réparti entre les régimes concernés au prorata de leur effectif d'assurés bénéficiant de la prestation mentionnée au premier alinéa.

### **Article R135-16-5**

Le versement forfaitaire résultant, pour ce qui concerne les périodes pendant lesquelles des assurés ont perçu une rente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, de l'application du f du 4° de l'article L. 135-2 est égal au produit du montant résultant de l'application du taux de cotisation à l'assiette fixé à l'alinéa suivant par une fraction, fixée dans les conditions définies à l'article R. 135-16-7, des effectifs des assurés ayant bénéficié, au cours de l'année en cause, de ces prestations pour une incapacité permanente dont le taux est au moins égal à celui qui est fixé par l'article R. 351-12 ou en application de l'article L. 634-2.

Les effectifs mentionnés à l'alinéa précédent correspondent à la moyenne des effectifs des bénéficiaires constatés chaque mois au cours de l'année selon les statistiques tenues par les régimes.

Le taux de cotisation mentionné au premier alinéa est égal au taux cumulé de la cotisation patronale et salariale prévu à l'article R. 135-17 en vigueur dans le régime général de sécurité sociale pour la couverture du risque vieillesse. Cette cotisation est assise sur une assiette forfaitaire égale à 1 820 fois le montant du salaire horaire minimum de croissance prévu à l'article R. 135-17.

Le versement du fonds de solidarité vieillesse est réparti entre les régimes concernés au prorata de leurs effectifs d'assurés bénéficiant des prestations mentionnées au premier alinéa.

### **Article R135-16-6**

Le versement forfaitaire résultant, pour ce qui concerne la prise en compte des indemnités maternité dans le salaire de base mentionné à l'article L. 351-1, de l'application du 10° de l'article L. 135-2 est égal au produit du taux de cotisation fixé à l'alinéa suivant par une fraction, fixée dans les conditions définies à l'article R. 135-16-7, du montant total des journées indemnisées comptabilisées à ce titre au cours de l'année en cause.

Le taux de la cotisation mentionné au premier alinéa est égal au taux cumulé de la cotisation patronale et salariale prévu à l'article R. 135-17 en vigueur dans le régime général de sécurité sociale pour la couverture du risque vieillesse.

Le versement du fonds de solidarité vieillesse est réparti entre les régimes concernés au prorata du montant des journées indemnisées mentionnées au premier alinéa versé par chacun d'eux.

### **Article R135-16-7**

Les fractions mentionnées aux articles R. 135-16-3 à R. 135-16-5 sont fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget en fonction, pour chaque catégorie de prestation concernée, du nombre de trimestres validés à ce titre par les régimes au cours de l'année

en cause, dans la limite de 75 %.

La fraction mentionnée à l'article R. 135-16-6 est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget en fonction de la proportion des indemnités maternité qui sont effectivement retenues dans le calcul du salaire de base mentionné à l'article L. 351-1.

### **Article R135-16-8**

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 transmettent au fonds de solidarité vieillesse les données statistiques et comptables dont la prise en compte et le contrôle sont nécessaires pour l'application des articles R. 135-16-3 à R. 135-16-6.

Les modalités de transmission par les caisses et de contrôle par le fonds de ces données sont fixées par des conventions conclues entre les caisses et le fonds.

### **Article R135-17**

Le taux de la cotisation des assurances sociales affecté au risque vieillesse dans le régime général et le salaire horaire minimum de croissance à prendre en considération pour la détermination des versements prévus aux articles de la présente section correspondent aux valeurs moyennes de l'année de versement.

## **Chapitre 5 bis : Fonds de réserve pour les retraites**

### **Section 1 : Dispositions relatives à l'organisation et à la gestion du fonds de réserve pour les retraites**

#### **Article R135-18**

Le fonds de réserve pour les retraites est placé sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'économie et du ministre chargé du budget.

#### **Article R135-19**

I.-Le conseil de surveillance est composé comme suit :

1° Deux membres de l'Assemblée nationale et deux membres du Sénat ou leurs suppléants ;



2° Cinq représentants des assurés sociaux ou leurs suppléants désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national, à raison de :

- un par la Confédération générale du travail ;
- un par la Confédération générale du travail-Force ouvrière ;
- un par la Confédération française démocratique du travail ;
- un par la Confédération française des travailleurs chrétiens ;
- un par la Confédération française de l'encadrement-CGC ;

3° Cinq représentants des employeurs et travailleurs indépendants ou leurs suppléants désignés par les organisations professionnelles d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives, à raison de :

- trois par le Mouvement des entreprises de France ;
- un par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;
- un par l'Union professionnelle artisanale ;

4° Deux représentants du ministre chargé de la sécurité sociale ou leurs suppléants, nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ;

5° Un représentant du ministre chargé de l'économie ou son suppléant, nommés par arrêté du ministre chargé de l'économie ;

6° Un représentant du ministre chargé du budget ou son suppléant, nommés par arrêté du ministre chargé du budget ;

7° Deux personnes qualifiées dans les domaines relevant des missions du fonds de réserve pour les retraites, désignées à raison de :

- une par le ministre chargé de la sécurité sociale ;
- une par le ministre chargé de l'économie et le ministre chargé du budget.

Le président du conseil de surveillance du fonds de réserve pour les retraites est nommé par décret parmi ses membres. Le conseil de surveillance élit deux vice-présidents parmi ses membres.

Les membres du conseil de surveillance mentionnés aux 2°, 3° et 7° sont désignés pour une durée de six ans renouvelable par moitié. En cas de démission, d'empêchement ou de décès d'un membre ou d'un suppléant, un membre ou un suppléant est désigné en remplacement pour la durée du mandat à courir.

A titre transitoire, par dérogation à la première phrase de l'alinéa précédent et pour la première désignation, la moitié des membres du conseil de surveillance mentionnés aux 2°, 3° et 7° est désignée pour une durée de trois ans renouvelable. La liste des membres concernés est établie par tirage au sort.

II.-Les fonctions de membre du conseil de surveillance autres que celle de président sont assurées à titre gratuit.

Une indemnité de fonction, fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'économie et du ministre chargé du budget, est attribuée au président du conseil de surveillance.

Les fonctions de membre du conseil de surveillance ouvrent droit aux indemnités et frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006.

## **Article R135-20**

I. - Le conseil de surveillance a pour rôle :

1° De fixer, sur proposition du directoire, les orientations générales de la politique de placement des actifs du fonds, conformément au troisième alinéa de l'article L. 135-8 ;

2° De désigner les commissaires aux comptes mentionnés à l'article L. 135-12 ;

3° De contrôler les résultats du fonds ;

4° D'arrêter le compte financier du fonds après avoir entendu l'agent comptable ;

5° D'établir un rapport annuel public sur la gestion du fonds.

II. - Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées aux 1° et 2° du I ci-dessus sont exécutoires de plein droit.

Les délibérations du conseil de surveillance visées aux 3° et 4° sont exécutoires dans les conditions prévues à l'article R. 135-26.

III. - En vue de la fixation par le conseil de surveillance des orientations générales de la politique de

placement des actifs du fonds, le directoire présente au conseil de surveillance une analyse de l'évolution des marchés d'instruments financiers au cours des douze derniers mois au regard des tendances de long terme et, compte tenu de l'horizon de placement et des recettes attendues, propose une répartition des placements par catégorie d'instruments financiers tenant compte du portefeuille détenu, des critères de rendement et de risque et du principe de prudence.

Dans le cas prévu au quatrième alinéa de l'article L. 135-8, le directoire met en oeuvre les mesures nécessaires à la gestion du fonds et peut, si les circonstances l'exigent, s'écarter des dernières orientations fixées par le conseil de surveillance afin de renforcer la sécurité des placements du fonds. Il informe le conseil de surveillance des décisions prises.

## **Article R135-21**

Le conseil de surveillance se réunit au moins deux fois par an 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.

Le président fixe l'ordre du jour. Le président ou le conseil de surveillance peuvent demander au directoire une proposition d'orientations générales de la politique de placement des actifs du fonds.

Le conseil de surveillance ne peut valablement délibérer que si la moitié au moins de ses membres assistent à la séance.

Si ce quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué avec le même ordre du jour dans un délai maximal de vingt jours et délibère alors valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Les délibérations du conseil de surveillance sont adoptées à la majorité simple des membres qui le composent lorsque la moitié au moins de ses membres assistent à la séance, et à la majorité simple des membres présents dans le cas contraire.

Le président a voix prépondérante en cas d'égalité des suffrages.

Le conseil de surveillance adopte les dispositions du règlement intérieur relatives à son fonctionnement. Ces dispositions ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par la tutelle.

Les membres du directoire, l'agent comptable et le membre du corps du contrôle général économique et financier de l'établissement assistent, avec voix consultative, aux délibérations du conseil de surveillance. Le conseil peut entendre toute personne dont il estime l'audition utile à son information.

Il est établi un procès-verbal de chaque séance, signé par le président. Les procès-verbaux sont communiqués aux autorités de tutelle dans les quinze jours qui suivent la réunion du conseil de surveillance.

## **Article R135-22**

Le directoire dirige l'établissement et est responsable de son bon fonctionnement. Il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité, et notamment :

1° Il propose au conseil de surveillance des orientations générales de la politique de placement des actifs du fonds, dans le respect des règles fixées à l'article R. 135-29 ;

2° Il met en oeuvre les orientations générales de la politique de placement, en contrôle le respect par ses mandataires, et en rend compte au moins tous les six mois au conseil de surveillance ;

3° Il établit les cahiers des charges des appels d'offres visés à l'article L. 135-10 ;

4° Il nomme les personnalités qualifiées, membres du comité de sélection des gérants prévu au I de l'article R. 135-27 ;

5° Il sélectionne les prestataires assurant la gestion de portefeuille pour compte de tiers mentionnés à l'article L. 135-10 ;

6° Il conclut au nom du fonds toute convention et en contrôle le respect ;

7° Il établit le budget de gestion administrative et de gestion technique du fonds ;

8° Il exécute le budget du fonds ;

9° Il soumet le compte financier du fonds au conseil de surveillance ;

10° Il recrute le personnel de l'établissement et a autorité sur lui ;

11° Il élabore le règlement intérieur du fonds, à l'exception des dispositions portant sur le fonctionnement du conseil de surveillance ;

12° Il assure le secrétariat du conseil de surveillance.

Les conventions mentionnées au 6° ci-dessus sont communiquées aux autorités de tutelle dans les quinze jours qui suivent leur conclusion.

Les délibérations visées aux 4°, 7° et 11° sont exécutoires dans les conditions prévues à l'article R. 135-26.

## **Article R135-23**

Le président du directoire représente le fonds en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il agit en justice sur mandat du directoire. Il signe les marchés et les conventions. Le président du directoire est l'ordonnateur des dépenses et des recettes du fonds. Il vise le compte financier. Il peut déléguer sa signature, dans les conditions déterminées par le règlement intérieur visé à l'article R. 135-22.

En cas de vacance provisoire de l'emploi de président du directoire ou d'empêchement de celui-ci, ses fonctions sont exercées par un des deux autres membres nommé par décret.

Les activités des membres du directoire, autres que celles du président, sont exclusives de toute autre activité. Elles donnent lieu à rémunération.

## **Article R135-24**

La gestion administrative mentionnée à l'article L. 135-10, qui est exercée sous l'autorité du directoire, comprend :

- le secrétariat des organes du fonds, la fourniture d'une assistance juridique, comptable et budgétaire ;
- la préparation des appels d'offres en vue de la sélection des prestataires assurant la gestion de portefeuille pour compte de tiers mentionnés à l'article L. 135-10 ;
- la gestion courante de la trésorerie du fonds qui ne peut être assurée par les prestataires mentionnés à l'alinéa précédent ;
- la préparation des propositions du directoire au conseil de surveillance sur les orientations générales de la politique de placement du fonds ;
- le service de conservation prévu au 1° de l'article L. 321-2 du code monétaire et financier ;
- le contrôle de l'exécution des mandats visés à l'article L. 135-10.

Une convention entre l'établissement et la Caisse des dépôts organise la gestion administrative du fonds. Elle précise notamment les différents moyens affectés par la caisse en vue de l'exercice de cette mission. Une fois devenue exécutoire dans les conditions prévues à l'article R. 135-26, cette convention est communiquée aux membres du conseil de surveillance.

## **Article R135-25**

Les modalités de versement des recettes prévues à l'article L. 135-7 sont déterminées par des conventions signées respectivement :

- entre le fonds de réserve pour les retraites et l'Etat ;
- entre le fonds de réserve pour les retraites et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;
- entre le fonds de réserve pour les retraites et la Caisse des dépôts et consignations.

Ces conventions précisent notamment les pièces justificatives qui doivent être communiquées au fonds ainsi que les modalités et la périodicité de versement des recettes.

## **Article R135-26**

I. - Les délibérations du conseil de surveillance visées aux 3° et 4° de l'article R. 135-20, les délibérations du directoire visées aux 4°, 7° et 11° de l'article R. 135-22 et la convention visée au dernier alinéa de l'article R. 135-24 sont exécutoires, à défaut d'approbation expresse déjà notifiée, à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la réception par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'économie et des finances des délibérations et des documents correspondants, à moins que l'un de ces ministres n'y fasse opposition.

Lorsque l'une de ces autorités demande par écrit des informations ou des documents complémentaires, le délai d'un mois est suspendu jusqu'à la production de ces informations ou documents.

II. - Les actes pris par le directoire en application du quatrième alinéa de l'article L. 135-8 sont soumis aux dispositions du I ci-dessus sous réserve des adaptations suivantes :

1° Le contrôle porte uniquement sur la légalité ;

2° Le délai d'un mois mentionné au I est réduit à une semaine.

## **Article R135-27**

I.-Il est créé un comité de sélection des gérants chargé du dépouillement et de l'analyse des offres pour l'attribution des mandats prévus à l'article L. 135-10. Il est consulté par le directoire sur les cahiers des charges des appels d'offres. Il lui est fait rapport sur l'exécution des mandats. Il est également consulté sur les décisions de gestion financière prévues par le cinquième alinéa de l'article L. 135-10. Il lui est fait rapport sur la mise en œuvre de ces décisions. Outre son président, ce comité est composé de quatre personnalités qualifiées nommées par le directoire. Le président du comité de sélection des gérants est un membre du directoire du fonds, autre que le président du

directoire.

II.-Le directoire ou un de ses membres désigné à cet effet peut se faire assister pour le contrôle des procédures et des opérations effectuées pour le compte du fonds par les prestataires assurant la gestion de portefeuille pour compte de tiers mentionnés à l'article L. 135-10.

III.-Par dérogation aux dispositions de l'article 133 du code des marchés publics et au I de l'article 3 du décret n° 2004-1299 du 26 novembre 2004 pris pour son application, le fonds peut décider de ne pas soumettre, pour avis, les projets de marchés de gestion qu'il passe en application de l'article L. 135-10 du présent code à la commission des marchés publics de l'Etat.

Par dérogation aux dispositions de l'article 119 du code des marchés publics, le fonds peut décider de soumettre, pour avis, les projets de marchés de gestion qu'il passe en application de l'article L. 135-10 du présent code aux commissions spécialisées des marchés.

## **Article R135-28**

I. - L'agent comptable du fonds est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

II. - Le budget du fonds de réserve pour les retraites pour chaque année est arrêté avant le 30 novembre de l'année précédente. Les frais relatifs à la conservation des instruments financiers et à la gestion financière sont inscrits pour un montant évaluatif.

III. - Le fonds de réserve pour les retraites est soumis au contrôle financier de l'Etat dans les conditions prévues par le décret du 25 octobre 1935 organisant le contrôle financier des offices et des établissements publics autonomes de l'Etat. Les modalités d'exercice de ce contrôle sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances. Le fonds est dispensé de contribution aux frais de contrôle.

IV. - La Caisse des dépôts et consignations perçoit des frais de gestion à hauteur des dépenses exposées pour l'exercice de la mission qu'elle assure conformément à l'article R. 135-24. Ces frais sont à la charge du fonds.

## **Article R135-29**

Les droits de vote sont exercés par les mandataires du fonds dans les seuls intérêts du fonds.

## **Chapitre 7 : Recettes diverses**

### **Article R137-1**

Le versement prévu au deuxième alinéa de l'article L. 137-7 du présent code est accompagné de l'envoi à l'organisme de recouvrement d'une déclaration conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'obligation de déclaration subsiste même si aucune prime, cotisation, fraction de prime ou de cotisation d'assurance n'a été émise au cours du bimestre civil. Dans ce cas, la déclaration est envoyée avec la mention " néant ".

### **Article R137-2**

Le représentant désigné par les organismes d'assurances et assimilés mentionnés à l'article L. 138-22 est le représentant agréé par le directeur des services fiscaux, conformément à l'article 1004 bis du code général des impôts. Chaque année, la direction générale des impôts communique à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la liste à jour de ces représentants agréés.

Ces représentants sont tenus de présenter aux inspecteurs du recouvrement visés à l'article R. 243-59 du présent code, le registre prévu par l'article 1004 bis du code général des impôts.

### **Article R137-3**

Dans les deux mois suivant la création du régime de retraite supplémentaire à prestations définies mentionné à l'article L. 137-11, l'employeur indique l'option qu'il choisit pour le recouvrement et le versement de la contribution établie par l'article L. 137-11. Cette déclaration est adressée, par tout moyen permettant de lui donner date certaine, à l'organisme de recouvrement auquel le siège social de l'entreprise est tenu de verser les cotisations de sécurité sociale au titre des rémunérations versées à son personnel ou, si le siège social est établi hors de France, à l'organisme dont relève l'établissement qu'il a désigné à cet effet et auprès duquel ce dernier doit verser des cotisations de sécurité sociale au titre des rémunérations versées à son personnel.

Cette déclaration mentionne les catégories de salariés concernées, le nom de l'organisme payeur des rentes, la nature différentielle, additive ou mixte du régime à prestations définies mis en place, la période de clôture de l'exercice social de l'entreprise.

L'employeur joint à ces informations les statuts et règlements de ce régime.

Toute modification du régime doit donner lieu à une rectification des informations communiquées lors de l'exercice de l'option et cette rectification doit être transmise, dans les deux mois suivant cette modification, à l'organisme de recouvrement.



L'employeur informe, dans le même délai de deux mois, l'organisme payeur des rentes de l'option exercée.

A défaut de déclaration de l'option dans le délai prévu au premier alinéa, l'employeur est soumis, en application des dispositions du II de l'article L. 137-11, au versement des deux contributions mentionnées au I de cet article jusqu'à la date de clôture de l'exercice social de l'entreprise suivant la date à laquelle l'employeur a formulé son option. Dans ce cas, l'employeur et l'organisme payeur de la rente sont respectivement tenus au versement de la contribution mentionnée au 2° du I et au 1° du I de l'article L. 137-11.

## **Article R137-4**

I.-En cas d'option pour l'assiette prévue au 1° du I de l'article L. 137-11, l'organisme payeur déclare et verse pour le compte de l'employeur, le cas échéant, par prélèvement sur le ou les fonds collectifs prévus au contrat le liant à l'employeur, la contribution dans les conditions prévues aux articles R. 243-29 et R. 243-30 ou R. 741-80 et R. 741-81 du code rural et de la pêche maritime. Il communique à l'employeur, par tout moyen permettant de constater la réception de ladite communication, à l'issue de chaque année civile et au plus tard le 31 janvier de l'année suivante, un document mentionnant le montant des rentes versées par bénéficiaire et des contributions correspondantes acquittées au titre de l'année précédente ou, le cas échéant, l'indication de l'absence de versement de rentes. Une copie de ce document est adressée à l'organisme de recouvrement mentionné à l'article R. 137-3.

L'organisme payeur de la rente s'acquitte pour le compte de l'employeur de la contribution mentionnée au II bis de l'article L. 137-11 due sur le montant des rentes versées au cours d'une année civile en même temps que la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 due sur le dernier versement de rente de l'année concernée dans les conditions prévues aux articles R. 243-29 et R. 243-30 ou R. 741-80 et R. 741-81 du code rural et de la pêche maritime.

II.-En cas d'option pour l'assiette prévue au a du 2° du I de l'article L. 137-11, la contribution est versée par l'employeur au plus tard à la première date d'exigibilité des cotisations de sécurité sociale dues sur les rémunérations de ses salariés suivant la date de versement des primes à l'organisme payeur de la rente ou, pour le régime agricole, au plus tard à la date de versement des cotisations sociales prévue à l'article R. 741-6 du code rural et de la pêche maritime suivant la date du versement des primes.

En cas d'option pour l'assiette au b du 2° du I de l'article L. 137-11, la contribution est versée par l'employeur au plus tard à la première date d'exigibilité des cotisations de sécurité sociale dues sur les rémunérations de ses salariés suivant la date de clôture de l'exercice social de l'entreprise, ou, pour le régime agricole, au plus tard à la date de versement des cotisations sociales prévue à l'article R. 741-6 du code rural et de la pêche maritime suivant la date de clôture de l'exercice social de l'entreprise.

L'employeur remplit les obligations relatives à la déclaration et au versement des contributions auprès de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article R. 137-3.

## **Article R137-5**

Pendant la période durant laquelle l'employeur, qui fait l'objet d'une procédure collective prévue au livre VI du code de commerce, n'est plus autorisé à alimenter le ou les fonds mentionnés au premier alinéa de l'article R. 137-4, l'organisme payeur de la rente n'est tenu au versement des contributions mentionnées au 1° du I et au II bis de l'article L. 137-11 que dans la limite des sommes disponibles sur le ou les fonds précités.

## **Article R137-6**

L'organisme chargé du versement des rentes déclare et acquitte la contribution mentionnée à l'article L. 137-11-1 dans les conditions prévues aux articles R. 243-29 et R. 243-30 ou R. 741-80 et R. 741-81 du code rural.

## **Chapitre 8 : Contributions 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. 5124-1 du code de la santé publique**

### **Section 1 : Contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques**

#### **Article R138-1**

I. - Les entreprises mentionnées à l'article L. 138-1 doivent remettre à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée à cet effet au plus tard le 15 février la déclaration conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile précédente.

II. - Le chiffre d'affaires défini au quatrième alinéa de l'article L. 138-2 pris en compte au titre de la première année incomplète d'activité est égal au produit du chiffre d'affaires effectif réalisé au cours de cette année par le rapport de trois cent soixante jours sur le nombre de jours d'activité, chaque mois complet d'activité correspondant à trente jours.

### **Section 2 : Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique**

#### **Article R138-10**

Les entreprises redevables de la contribution mentionnée à l'article L. 138-10 sont tenues de remettre à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée à cet effet la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 15 février de l'année suivante.

Les éléments déclaratifs servant de base à l'établissement de la part de la contribution mentionnée au c de l'article L. 138-11 sont ceux prévus pour l'établissement de la contribution mentionnée à l'article L. 245-1 ayant donné lieu aux versements effectués au 1er décembre de l'année au titre de laquelle la contribution prévue à l'article L. 138-10 est due.

## **Chapitre 8 bis : Dispositions communes aux contributions recouvrées par les organismes de recouvrement du régime général**

### **Article R138-20**

La désignation par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale est publiée au Bulletin officiel du ministère en charge de la sécurité sociale.

### **Article R138-21**

Les règles, sanctions et garanties prévues pour le recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations sont applicables au recouvrement et au contrôle des contributions mentionnées à l'article L. 138-20, sous réserve des dispositions des articles R. 138-22 à R. 138-24.

### **Article R138-22**

Le défaut de production, dans les délais prescrits, des documents relatifs aux contributions mentionnées à l'article L. 138-20 entraîne une pénalité de 750 euros. Si le retard excède un mois, une pénalité identique est automatiquement appliquée pour chaque mois ou fraction de mois de retard.

Une pénalité de 750 euros est également encourue en cas d'inexactitude de la déclaration produite. Ces pénalités peuvent faire l'objet d'une demande gracieuse de réduction ou de remise selon les modalités prévues aux articles R. 243-19-1 et R. 243-20.

### **Article R138-23**

Lorsque les déclarations des contributions mentionnées à l'article L. 138-20 n'ont pas été produites dans les délais prescrits ou sont manifestement erronées, le montant de leur produit peut être fixé par l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée à cet effet :

a) Pour la contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques par référence à l'article L. 138-16 ;

b) Pour les autres contributions, en fonction des versements effectués au titre des exercices antérieurs ou, à défaut, par tous autres moyens.

## **Article R138-24**

La majoration de retard applicable aux contributions qui n'ont pas été versées aux dates limites d'exigibilité est celle prévue à l'article R. 243-18.

## **Chapitre 8 ter : Pénalités.**

### **Section 1 : Emploi des séniors.**

#### **Article R138-25**

L'objectif chiffré de maintien dans l'emploi mentionné au 1° de l'article L. 138-25 concerne les salariés âgés de 55 ans et plus.

L'objectif chiffré de recrutement mentionné au même alinéa concerne les salariés âgés de 50 ans et plus.

#### **Article R138-26**

Les domaines d'action mentionnés au 2° de l'article L. 138-25 sont les suivants :

- 1° Recrutement des salariés âgés dans l'entreprise ;
- 2° Anticipation de l'évolution des carrières professionnelles ;
- 3° Amélioration des conditions de travail et prévention des situations de pénibilité ;
- 4° Développement des compétences et des qualifications et accès à la formation ;
- 5° Aménagement des fins de carrière et de la transition entre activité et retraite ;
- 6° Transmission des savoirs et des compétences et développement du tutorat.

## **Article R138-27**

Pour chaque domaine d'action énoncé à l'article R. 138-26 et retenu dans l'accord ou le plan d'action, les dispositions qui ont pour finalité le maintien dans l'emploi et le recrutement de salariés âgés sont assorties d'objectifs chiffrés, dont la réalisation est mesurée au moyen d'indicateurs.

## **Article R138-28**

En l'absence d'accord d'entreprise ou de groupe, le plan d'action mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-26 prévoit les modalités d'une communication annuelle de ces indicateurs et de l'évolution de leurs résultats, au comité d'entreprise, ou à défaut aux délégués du personnel, dans les conditions énoncées aux articles L. 2323-47 et L. 2323-56 du code du travail.

L'accord de branche mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 138-26 prévoit que ces indicateurs, et l'évolution de leurs résultats, figurent dans le rapport annuel de branche prévu à l'article D. 2241-1 du code du travail.

Les accords d'entreprise ou de groupe mentionnés à l'article L. 138-25 déterminent librement leurs modalités de suivi.

## **Article R138-29**

La pénalité mentionnée à l'article L. 138-24 est due pour chaque mois entier au cours duquel l'entreprise n'est pas couverte par l'accord ou le plan d'action mentionné au premier alinéa du même article.

Pour les établissements publics, l'assiette de la pénalité correspond aux rémunérations ou gains versés aux travailleurs salariés ou assimilés pris en compte pour la détermination de l'effectif mentionné à l'article L. 138-24.

## **Article R138-30**

Les accords de branche mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 138-26 font l'objet, au même moment que leur dépôt dans les conditions prévues à l'article D. 2231-2 du code du travail, d'une demande d'avis auprès des services centraux du ministre chargé de l'emploi.

Cette demande est adressée par tout moyen permettant d'établir sa date certaine.

Le ministre chargé de l'emploi dispose d'un délai de trois mois, à compter de la date à laquelle la demande d'avis a été reçue, pour notifier sa réponse à celui des signataires de l'accord qui a effectué la demande. L'avis défavorable est motivé. Le silence gardé pendant trois mois par le ministre chargé de l'emploi vaut avis favorable.

## **Article R138-31**

La demande de l'entreprise mentionnée à l'article L. 138-27 est adressée au préfet de région par tout

moyen permettant d'établir sa date certaine.

La demande précise qu'elle est effectuée au titre de l'article L. 138-27 et comporte les mentions suivantes :

1° Informations relatives à l'identification de l'entreprise, dont le numéro du système d'identification du répertoire des entreprises et s'il y a lieu de ses établissements, ainsi que l'identifiant de convention collective ;

2° Eléments de nature à permettre au préfet de région d'apprécier si les conditions requises par la législation sont satisfaites, notamment les données sociales de l'entreprise ainsi que l'accord de branche, de groupe, d'entreprise ou le plan d'action par lequel l'entreprise estime être couverte.

La demande est réputée complète si, dans le délai de trente jours à compter de sa réception, le préfet de région n'a pas fait connaître au requérant la liste des autres pièces ou informations nécessaires à l'instruction de sa demande.

Le préfet de région dispose d'un délai de trois mois, à compter de la date à laquelle la demande complète a été reçue, pour notifier sa réponse à l'entreprise. Lorsque celle-ci est défavorable, elle est motivée et précise les voies et délais de recours dont elle peut faire l'objet.

Le préfet de région adresse une copie de sa réponse à l'organisme en charge du recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse compétent pour l'entreprise requérante.

## **Section 2 : Accords en faveur de la prévention de la pénibilité.**

### **Sous-section 1 : Procédure.**

#### **Article R138-32**

L'employeur détermine la proportion de salariés exposés aux facteurs de pénibilité définis en application de l'article L. 4121-3-1 du code du travail. Il la consigne en annexe du document unique d'évaluation des risques mentionné à l'article R. 4121-1 du même code.

Cette proportion est actualisée chaque fois que nécessaire, et notamment lors de la mise à jour du document unique d'évaluation des risques.

#### **Article R138-33**

Le plan d'action relatif à la prévention de la pénibilité mentionné à l'article L. 138-31 est déposé auprès de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

#### **Article R138-34**

Lorsque l'inspecteur ou le contrôleur du travail constate qu'une entreprise n'est pas couverte par un accord collectif ou par un plan d'action répondant aux conditions définies par l'article L. 138-30, il met en demeure l'employeur, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, de remédier à cette situation dans un délai de six mois.

L'employeur communique à l'inspection du travail, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, l'accord conclu, le plan d'action élaboré ou les modifications apportées à ces documents dans le délai imparti. A défaut, il justifie des motifs de la défaillance de l'entreprise au regard de

cette obligation ainsi que des efforts accomplis en matière de prévention de la pénibilité.  
A sa demande, il peut être entendu.

### **Article R138-35**

A l'issue du délai imparti par la mise en demeure, le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi décide s'il y a lieu d'appliquer la pénalité mentionnée à l'article L. 138-29 et en fixe le taux au regard des critères suivants, compte tenu de la situation de l'entreprise, et, si celle-ci compte moins de trois cents salariés, de l'avancement de la négociation collective sur la pénibilité dans la branche :

1° Les diligences accomplies pour conclure un accord ou élaborer un plan d'action relatif à la prévention de la pénibilité ;

2° Les mesures prises dans l'entreprise pour prévenir la pénibilité au travail.

## **Sous-section 2 : Pénalité.**

### **Article R138-36**

Le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi adresse à l'employeur, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, une notification motivée du taux de la pénalité, dans un délai d'un mois à compter de la date d'expiration de la mise en demeure prévue à l'article R. 138-34. Une copie de cette notification est adressée à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général ou du régime agricole dont dépend l'employeur.

### **Article R138-37**

La pénalité est due pour chaque mois entier au cours duquel l'entreprise ne respecte pas les obligations mentionnées aux articles L. 138-29 à L. 138-31 à compter du terme de la mise en demeure et jusqu'à la réception par l'inspection du travail de l'accord ou du plan d'action prévu par les mêmes articles.

La pénalité, calculée par application du taux notifié par le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi aux rémunérations ou gains mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 138-29, est déclarée et versée par l'employeur auprès de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général ou du régime agricole dont il dépend, à la date d'échéance de ses cotisations et contributions sociales.

## **Chapitre 9 : Répartition de ressources entre les régimes obligatoires d'assurance maladie**

### **Article R139-1**

A l'exception de la Caisse nationale d'assurance maladie, tout organisme national gestionnaire d'un régime obligatoire d'assurance maladie qui estime pouvoir bénéficier de la majoration de

contributions sociales prévue par le troisième alinéa de l'article L. 139-1 adresse sa demande au président de la commission de répartition de la contribution sociale généralisée.

Cette demande doit parvenir au président de la commission, par lettre recommandée avec accusé de réception, avant le 31 octobre de l'année qui précède celle pour laquelle la majoration est demandée.

Elle est accompagnée des éléments justifiant les montants de l'assiette des cotisations d'assurance maladie du régime demandeur, pour les quatre années qui précèdent celle de la demande et sur la base des comptes des exercices clos. Ces montants distinguent les revenus d'activité et les revenus de remplacement.

## **Article R139-2**

Le président de la commission de répartition de la contribution sociale généralisée instruit la demande.

Après consultation de la commission, il transmet les éléments du dossier et une proposition de décision au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Cette transmission doit être effectuée avant la fin de l'année qui précède celle pour laquelle la majoration est demandée.

## **Article R139-3**

Le montant de contributions sociales attribué au régime demandeur est majoré, selon les modalités prévues à l'article R. 139-4 :

- a) Si le taux d'accroissement de l'assiette des cotisations d'assurance maladie du régime demandeur, entre la première et la dernière des quatre années qui précèdent celle de la demande, est supérieur au taux d'accroissement, sur la même période, des sommes attribuées à l'ensemble des régimes en application du deuxième alinéa de l'article L. 139-1 ;
- b) Et si aucune majoration de même nature n'a été obtenue par le régime demandeur pour l'année qui précède celle de la demande.

## **Article R139-4**

Le montant majoré est obtenu :

-en calculant le montant fictif de cotisations qui aurait été obtenu, au titre de l'année qui précède celle de la demande, en appliquant les taux figurant à l'arrêté mentionné à l'article R. 139-5 aux revenus d'activité et de remplacement qui constituent, pour cette année, l'assiette des cotisations d'assurance maladie ;

-en remplaçant fictivement, pour cette même année, le montant de contributions sociales effectivement attribué au régime par ce nouveau montant, s'il lui est supérieur ;

-en actualisant ce montant fictif au titre des deux années suivantes, dans les mêmes proportions que celles retenues, au titre de ces deux années, pour la réactualisation opérée en application du deuxième alinéa de l'article L. 139-1.

La somme ainsi obtenue constitue le nouveau montant attribué au régime demandeur pour l'année qui suit celle de la demande.

## **Article R139-5**



Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget indique, pour chacun des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'exception du régime général, en distinguant la nature des revenus, les diminutions de taux de cotisation d'assurance maladie intervenues au 1er janvier 1997 et au 1er janvier 1998 en substitution de l'affectation des contributions sociales mentionnées à l'article L. 136-8.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

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

#### **Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités**

##### **Chapitre 1er : Expertise médicale**

###### **Article R141-1**

Les contestations mentionnées à l'article L. 141-1 sont soumises à un médecin expert désigné, d'un commun accord, par le médecin traitant et le médecin conseil ou, à défaut d'accord dans le délai d'un mois à compter de la contestation, par le directeur général de l'agence régionale de santé ; celui-ci avise immédiatement la caisse de la désignation de l'expert. Dans le cas où l'expert est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé, il ne peut être choisi que parmi les médecins inscrits, sous la rubrique Experts spécialisés en matière de sécurité sociale, sur les listes dressées en application de l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 et de l'article 1er du décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004 relatifs aux experts judiciaires.

Lorsque la contestation porte sur le diagnostic ou le traitement d'une affection relevant de l'une des disciplines mentionnées par le règlement de qualification prévu au 4° de l'article R. 4127-79 du code de la santé publique, l'expert est, dans tous les cas, choisi parmi les médecins spécialistes ou compétents pour l'affection considérée.

Les fonctions d'expert ne peuvent être remplies par le médecin qui a soigné le malade ou la victime, un médecin attaché à l'entreprise ou le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, de la caisse de base du régime social des indépendants ou de la caisse de mutualité sociale agricole.

###### **Article R141-2**

L'expertise prévue à l'article R. 141-1 est pratiquée soit à la demande de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, soit sur l'initiative de la caisse primaire d'assurance maladie ou de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail. La victime peut toujours, même lorsque la matérialité de l'accident est contestée, requérir une expertise médicale. La caisse doit y faire procéder lorsque la contestation dont elle est saisie porte sur une question d'ordre médical.

En matière d'assurance maladie et d'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, les contestations relatives à l'état du malade ou à sa prise en charge thérapeutique s'entendent également des contestations concernant les affections de longue durée mentionnées à l'article L. 324-1 et de celles relatives aux affections relevant du protocole de soins mentionné à

l'article L. 432-4-1. L'expertise prévue ci-dessus est effectuée à la demande de l'assuré ou de la caisse. Cette demande doit être présentée dans le délai d'un mois à compter de la date de la décision contestée.

Le malade ou la victime qui requiert une expertise présente une demande écrite, précisant l'objet de la contestation et indiquant le nom et l'adresse de son médecin traitant. Cette demande est adressée par lettre recommandée ou déposée contre récépissé au guichet de la caisse.

En vue de la désignation du médecin expert, le service du contrôle médical de la caisse est tenu de se mettre en rapport avec le médecin traitant dans les trois jours qui suivent :

- 1°) soit la date où est apparue une contestation d'ordre médical ;
- 2°) soit la réception de la demande d'expertise formulée par la victime ;
- 3°) soit la notification du jugement prescrivant l'expertise.

### **Article R141-3**

Dès qu'elle est informée de la désignation du médecin expert, la caisse établit un protocole mentionnant obligatoirement :

- 1°) l'avis du médecin traitant nommément désigné ;
- 2°) l'avis du médecin conseil ;
- 3°) lorsque l'expertise est demandée par le malade ou la victime, les motifs invoqués à l'appui de la demande ;
- 4°) la mission confiée à l'expert ou au comité et l'énoncé précis des questions qui lui sont posées.

La caisse adresse au médecin expert la demande d'expertise obligatoirement accompagnée de ce protocole, par pli recommandé avec demande d'avis de réception.

### **Article R141-4**

Le médecin expert, informe immédiatement le malade ou la victime, des lieu, date et heure de l'examen. Dans le cas où l'expertise est confiée à un seul médecin expert, celui-ci doit aviser le médecin traitant et le médecin conseil qui peuvent assister à l'expertise.

Le médecin expert procède à l'examen du malade ou de la victime, dans les cinq jours suivant la réception du protocole mentionné ci-dessus, au cabinet de l'expert ou à la résidence du malade ou de la victime si ceux-ci ne peuvent se déplacer.

Le médecin expert établit immédiatement les conclusions motivées en double exemplaire et adresse,

dans un délai maximum de quarante-huit heures, l'un des exemplaires à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, l'autre au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie.

En ce qui concerne les bénéficiaires de l'assurance maladie, les conclusions sont communiquées dans le même délai au médecin traitant et à la caisse.

Le rapport du médecin expert ou du comité comporte : le rappel du protocole mentionné ci-dessus, l'exposé des constatations qu'il a faites au cours de son examen, la discussion des points qui lui ont été soumis et les conclusions motivées mentionnées aux alinéas précédents.

Le médecin expert dépose son rapport au service du contrôle médical avant l'expiration du délai d'un mois à compter de la date à laquelle ledit expert a reçu le protocole, à défaut de quoi il est pourvu au remplacement de l'expert à moins qu'en raison des circonstances particulières à l'expertise, la prolongation de ce délai n'ait été obtenue.

La caisse adresse immédiatement une copie intégrale du rapport soit à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, soit au médecin traitant du malade.

### **Article R141-5**

La caisse doit prendre une décision et la notifier au malade ou à la victime dans un délai maximum de quinze jours suivant la réception des conclusions motivées.

### **Article R141-6**

La décision de la caisse, prise à la suite de l'avis de l'expert ou du comité, est exécutoire par provision, nonobstant toute contestation.

### **Article R141-7**

Les honoraires dus au médecin expert à l'occasion des examens prévus à l'article R. 141-1 ainsi que ses frais de déplacement sont réglés d'après le tarif fixé par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Le même arrêté fixe le tarif des honoraires, ainsi que des frais de déplacement dus au médecin traitant en matière d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Il en est de même en matière d'assurance maladie lorsque le médecin traitant fait partie du comité mentionné à l'article R. 141-1.

Ces dépenses sont à la charge de la caisse primaire d'assurance maladie, de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, de la caisse de base du régime social des indépendants ou de la caisse de mutualité sociale agricole. Toutefois, la caisse intéressée peut demander à la juridiction compétente de mettre à la charge du malade ou de la victime tout ou partie des honoraires et frais correspondant aux examens et expertises prescrits à sa requête lorsque sa contestation est manifestement abusive.

### **Article R141-8**

En cas de litiges relatifs aux soins dentaires ou à la prothèse dentaire, les dispositions mentionnant les médecins sont applicables aux praticiens en matière dentaire.

### **Article R141-9**

L'arrêté mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 141-3 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R141-10**

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture fixera en tant que de besoin les modalités d'application du présent chapitre.

## **Chapitre 2 : Contentieux général**

### **Section 1 : Dispositions générales**

### **Section 2 : Commissions de recours amiable.**

#### **Article R142-1**

Les réclamations relevant de l'article L. 142-1 formées contre les décisions prises par les organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole de salariés ou de non-salariés sont soumises à une commission de recours amiable composée et constituée au sein du conseil d'administration de chaque organisme.

Cette commission doit être saisie dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent former une réclamation. La forclusion ne peut être opposée aux intéressés que si cette notification porte mention de ce délai.

Toutefois, les contestations formées à l'encontre des décisions prises par les organismes chargés du recouvrement des cotisations, des majorations et des pénalités de retard ainsi que par les organismes d'assurance maladie en ce qui concerne le recouvrement des indus prévus à l'article L. 133-4 et des pénalités financières prévues à l'article L. 162-1-14 doivent être présentées à la commission de recours amiable dans un délai d'un mois à compter de la notification de la mise en demeure.

## **Article R142-2**

La commission prévue à l'article précédent comprend :

1°) pour les organismes de sécurité sociale chargés des groupes professionnels autres que ceux qui sont prévus à l'article L. 621-3 :

- a. deux administrateurs de l'organisme appartenant à la même catégorie que le réclamant ;
- b. deux administrateurs choisis parmi les autres catégories d'administrateurs.

Toutefois, la commission de recours amiable instituée au sein de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés comprend trois administrateurs choisis parmi les représentants des employeurs et trois administrateurs choisis parmi les représentants des salariés.

Lorsque la réclamation est formée par une personne n'exerçant aucune activité professionnelle, la commission est constituée comme s'il s'agissait d'une réclamation présentée par un travailleur salarié.

Lorsque la réclamation est formée par un ou plusieurs ayants droit d'un travailleur salarié, la commission est constituée comme en matière de réclamation présentée par un salarié ;

2°) pour les organismes de sécurité sociale chargés des groupes professionnels de non-salariés mentionnés à l'article L. 621-3 :

quatre administrateurs de l'organisme intéressé ;

La commission comprend un nombre de suppléants égal à celui des titulaires.

3°) pour les organismes de mutualité sociale agricole :

- a. deux administrateurs choisis parmi les représentants des employeurs ;

b. deux administrateurs choisis parmi les représentants des salariés.

Les petits exploitants et les artisans ruraux n'employant pas habituellement de la main-d'oeuvre peuvent être désignés à l'un ou l'autre titre.

La commission peut valablement statuer dans les cas mentionnés aux 1° et 3° si l'un au moins des représentants de chaque fraction de la commission est présent et, dans les cas mentionnés au 2°, si deux de ses membres sont présents.

Les membres de la commission sont désignés au début de chaque année, par le conseil d'administration de l'organisme.

Plusieurs commissions peuvent être créées à l'intérieur des organismes de sécurité sociale désignés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R142-3**

En cas d'accident survenu dans la circonscription d'un organisme de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole, autre que l'organisme dont relève l'assuré, ce dernier organisme peut charger la commission instituée auprès de l'organisme du lieu de l'accident d'examiner les réclamations formées contre ses décisions.

Lorsque les bénéficiaires résident dans la circonscription d'un organisme autre que l'organisme dont relève l'assuré, les mêmes pouvoirs peuvent être confiés à la commission instituée au sein du conseil d'administration de l'organisme du lieu de résidence.

### **Article R142-4**

La commission prévue à l'article R. 142-1 donne, sur les affaires qui lui sont soumises, son avis au conseil d'administration, qui statue et notifie sa décision aux intéressés. Cette décision doit être motivée.

Toutefois, le conseil d'administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs à la commission dans les conditions qu'il détermine. En cas de partage des voix au sein de la commission, il est statué par le conseil d'administration.

### **Article R142-5**

Lorsque les réclamations sont formées contre les décisions prises soit par une commission prévue par une disposition législative ou réglementaire ou par les statuts de l'organisme, soit à la suite d'un avis formulé par ladite commission, le conseil d'administration statue directement sur ces

réclamations sans les soumettre préalablement à la commission prévue à l'article R. 142-1.

## **Article R142-6**

Lorsque la décision du conseil d'administration ou de la commission n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans le délai d'un mois, l'intéressé peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant le tribunal des affaires de sécurité sociale prévu à l'article L. 142-2.

Le délai d'un mois prévu à l'alinéa précédent court à compter de la réception de la réclamation par l'organisme de sécurité sociale. Toutefois, si des documents sont produits par le réclamant après le dépôt de la réclamation, le délai ne court qu'à dater de la réception de ces documents. Si le comité des abus de droit a été saisi d'une demande relative au même litige que celui qui a donné lieu à la réclamation, le délai ne court qu'à dater de la réception de l'avis du comité par l'organisme de recouvrement.

## **Article R142-7**

Les contestations relatives à la mise en oeuvre des dispositions des deux premiers alinéas de l'article L. 241-5-1 du présent code et du premier alinéa de l'article L. 751-14 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas soumises à la procédure gracieuse prévue aux articles R. 142-1 à R. 142-6. Il en est de même des litiges nés de l'application des dispositions de l'article L. 133-4 relatives aux remises de majoration et de celle des articles L. 114-17, L. 162-12-16, L. 162-34 et L. 315-3.

# **Section 4 : Juridictions**

## **Sous-section 1 : Tribunal des affaires de sécurité sociale**

### **Article R142-8**

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée à l'article L. 142-5 est le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale dans la circonscription duquel siège le tribunal des affaires de sécurité sociale.

### **Article R142-10**

Le président du tribunal prend par ordonnance les mesures d'administration judiciaire.

Dans la première quinzaine du mois qui précède l'année judiciaire, il fixe, par ordonnance, le nombre, le jour, la nature des audiences et la répartition des assesseurs à ces audiences. Cette ordonnance peut être modifiée en cours d'année pour prendre en compte une modification de la



composition de la juridiction, pour assurer le traitement du contentieux dans un délai raisonnable ou pour prévoir un service allégé pendant la période au cours de laquelle les fonctionnaires et les auxiliaires de justice bénéficient de leurs congés annuels.

Lorsqu'il existe plusieurs sections, il fixe, par la même ordonnance, la répartition des assesseurs dans ces sections. Un assesseur peut être affecté à plusieurs sections.

En cas d'empêchement d'un assesseur, il est pourvu à son remplacement par un suppléant.

La procédure d'injonction de payer prévue à l'article R. 142-27-1 peut être déléguée par ordonnance du président du tribunal des affaires de sécurité sociale à un ou plusieurs présidents de formation de jugement du tribunal.

### **Article R142-11**

Les assesseurs sont convoqués aux audiences par le secrétaire, par lettre simple, quinze jours au moins avant la date d'audience.

Les assesseurs présents peuvent également être convoqués aux audiences suivantes par la remise d'un bulletin après signature de la feuille de répartition des assesseurs aux audiences.

### **Article R142-12**

Le tribunal compétent est celui dans le ressort duquel se trouve le domicile du bénéficiaire ou de l'employeur intéressé ou le siège de l'organisme défendeur en cas de conflit entre organismes ayant leur siège dans le ressort de juridictions différentes.

Toutefois, la juridiction compétente est celle dans le ressort de laquelle se trouve :

1°) le lieu de l'accident ou la résidence de l'accidenté, au choix de celui-ci, en cas d'accident du travail non mortel ;

2°) le dernier domicile de l'accidenté en cas d'accident du travail mortel ;

3°) la résidence du bénéficiaire en cas de différend entre celui-ci et l'employeur ;

4°) l'établissement de l'employeur en cas de différend portant sur des questions relatives à l'affiliation et aux cotisations des travailleurs salariés ;

5°) l'établissement concerné de l'entreprise de travail temporaire pour les contestations relatives à l'application des deux premiers alinéas de l'article L. 241-5-1 du présent code et du premier alinéa de l'article 1154-1 du code rural ;

6° Le siège de l'organisme de recouvrement auprès duquel l'employeur verse ses cotisations et contributions sociales lorsqu'il est fait application du deuxième alinéa du I de l'article R. 243-6 ou de l'article R. 243-8.

Un arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture détermine le tribunal compétent pour statuer lorsque le domicile du demandeur n'est pas compris dans le ressort d'un des tribunaux prévus à l'article L. 142-2.

### **Article R142-13**

Le siège et le ressort des tribunaux des affaires de sécurité sociale sont fixés conformément au tableau I annexé au présent livre.

La création de plusieurs sections au sein d'un même tribunal peut être décidée par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

Chaque section est composée selon les règles fixées aux articles L. 142-4 et L. 142-5.

Le président du tribunal des affaires de sécurité sociale répartit les affaires entre les sections. Il préside une des sections quand il l'estime convenable.

### **Article R142-14**

En cas de modification du ressort d'un tribunal des affaires de sécurité sociale, ledit tribunal demeure saisi des instances introduites devant lui à la date d'entrée en vigueur de cette modification.

Dans le cas de création de nouveaux tribunaux ou de modification des ressorts des tribunaux, il est procédé, en tant que de besoin, à la désignation des présidents, assesseurs et secrétaires des tribunaux créés ou dont les ressorts ont été modifiés.

### **Article R142-15**

Le secrétariat du tribunal des affaires de sécurité sociale est assuré par un agent de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale dans la circonscription de laquelle fonctionne ledit tribunal ou un agent retraité des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

## **Article R142-16**

Le secrétaire est désigné au début de chaque année judiciaire. Il prête serment devant le tribunal de grande instance dans le ressort duquel le tribunal a son siège.

Le secrétaire assiste et tient la plume aux audiences. Il est tenu, notamment, d'inscrire sur un registre spécial, coté par première et dernière, paraphé par le président du tribunal des affaires de sécurité sociale, de suite et sans aucun blanc, les réclamations déposées ou reçues par lettre recommandée. Il tient les rôles et le registre des délibérations du tribunal, rédige les procès-verbaux et délivre à toute personne intéressée des extraits des décisions prises par le tribunal.

Selon les besoins du service, le secrétaire peut désigner sous sa responsabilité un ou plusieurs agents du secrétariat pour exercer partie des fonctions qui lui sont attribuées par le présent article. Au préalable, ces agents prêtent le serment prévu au premier alinéa.

## **Sous-section 2 : Procédure.**

### **Article R142-17**

La procédure devant le tribunal des affaires de sécurité sociale est régie par les dispositions du livre Ier du code de procédure civile sous réserve des dispositions de la présente sous-section.

### **Article R142-18**

Le tribunal des affaires de sécurité sociale est saisi, après l'accomplissement, le cas échéant, de la procédure prévue à la section 2 du présent chapitre, par simple requête déposée au secrétariat ou adressée au secrétaire par lettre recommandée dans un délai de deux mois à compter soit de la date de la notification de la décision, soit de l'expiration du délai d'un mois prévu à l'article R. 142-6.

La forclusion ne peut être opposée toutes les fois que le recours a été introduit dans les délais soit auprès d'une autorité administrative, soit auprès d'un organisme de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole.

### **Article R142-19**

Le secrétaire du tribunal convoque les parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par la remise de l'acte au destinataire contre émargement ou récépissé, quinze jours au moins avant la date d'audience ; copie de la convocation est envoyée le même jour par lettre simple. Toutefois, les organismes de sécurité sociale peuvent en toutes circonstances être convoqués par

lettre simple.

La convocation doit contenir les nom, profession et adresse du réclamant, l'objet de la demande ainsi que la date et l'heure de l'audience.

La convocation est réputée faite à personne lorsque l'avis de réception est signé par son destinataire ou son mandataire.

En cas de retour au secrétariat de la juridiction d'une lettre de convocation qui n'a pu être remise à son destinataire, le secrétaire invite le demandeur à procéder par voie de signification. Le secrétaire indique la date de l'audience pour laquelle la signification doit être délivrée.

Dans le cas où l'audience n'a pu se tenir en raison de l'absence d'une des parties, la partie présente est convoquée verbalement à une nouvelle audience avec émargement au dossier et remise, par le greffe, d'un bulletin mentionnant la date et l'heure de l'audience.

## **Article R142-20**

Les parties peuvent comparaître personnellement ou se faire représenter par :

1° Leur conjoint ou un ascendant ou descendant en ligne directe ;

2° Un avocat ;

3° 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 ;

4° Un administrateur ou un employé de l'organisme partie à l'instance ou un employé d'un autre organisme de sécurité sociale ;

5° Un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives.

Elles peuvent être assistées par une personne des catégories susnommées.

## **Article R142-20-1**

La procédure est orale.

## **Article R142-20-2**

Le président de la formation de jugement qui organise les échanges entre les parties comparantes peut dispenser une partie qui en fait la demande de se présenter à une audience ultérieure, conformément au second alinéa de l'article 446-1 du code de procédure civile. Dans ce cas, la communication entre les parties est faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par notification entre avocats et il en est justifié auprès du tribunal dans les délais impartis par le président.

En cours d'instance, toute partie peut aussi exposer ses moyens par lettre adressée au tribunal, à condition de justifier que l'adversaire en a eu connaissance avant l'audience par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La partie qui use de cette faculté peut ne pas se présenter à l'audience, conformément au second alinéa de l'article 446-1 du code de procédure civile.

## **Article R142-21**

Lorsqu'en application de l'article L. 142-7 le tribunal n'a pu siéger et que l'affaire est reportée à une audience ultérieure, les parties présentes sont convoquées à nouveau verbalement avec émargement au dossier et remise par le secrétariat d'un bulletin mentionnant la date de l'audience, sous réserve des dispositions de l'article R. 142-20-2. Les parties absentes sont convoquées à nouveau selon les modalités prévues à l'article R. 142-19.

Le tribunal des affaires de sécurité sociale ne statue qu'après s'être efforcé, sans résultat, de concilier les parties.

## **Article R142-21-1**

Dans tous les cas d'urgence, le président du tribunal des affaires de sécurité sociale peut, dans les limites de la compétence dudit tribunal, ordonner en référé toutes les mesures qui ne se heurtent à aucune contestation sérieuse ou que justifie l'existence d'un différend.

Le président du tribunal des affaires de sécurité sociale peut, dans les mêmes limites, prescrire en référé les mesures conservatoires ou de remise en état qui s'imposent, soit pour prévenir un dommage imminent, soit pour faire cesser un trouble manifestement illicite.

Dans les cas où l'existence de l'obligation n'est pas sérieusement contestable, il peut accorder une provision au créancier.

La demande en référé est formée au choix du demandeur, soit par acte d'huissier de justice, soit dans les conditions prévues à l'alinéa 1er de l'article R. 142-18. Lorsque la demande est formée dans les conditions prévues à l'article R. 142-18, les dispositions de l'article R. 142-19 sont applicables.

Les articles 484 et 486 à 492 du code de procédure civile sont applicables au référé du président du tribunal des affaires de sécurité sociale.

Les articles R. 142-28 et R. 142-29 sont applicables à l'appel de l'ordonnance de référé à l'exception du délai d'un mois prévu au premier alinéa de l'article R. 142-28.

## **Article R142-22**

Le tribunal des affaires de sécurité sociale peut ordonner un complément d' instruction et notamment prescrire une enquête ou une consultation.

Il peut également ordonner une expertise dans les conditions suivantes :

1° Les contestations d' ordre médical relatives à l' état du malade ou de la victime d' un accident du travail ou d' une maladie professionnelle, y compris celles formées en application de l' article L. 141- 2, sont soumises à un expert inscrit sur l' une des listes visées à l' article R. 141- 1 ;

2° Les contestations portant sur l' application par les professionnels de santé des nomenclatures d' actes professionnels et d'examens de biologie médicale sont soumises, en application de l' article L. 141- 2- 1, à un expert inscrit sur la liste nationale mentionnée à l' article R. 142- 24- 3.

Le tribunal peut donner mission à son président de procéder à ces mesures d' instruction.

Le président peut, en outre, et en tout état de la procédure, mettre les parties en demeure, par une ordonnance non susceptible de recours, de produire dans un délai qu' il détermine toutes pièces écrites, conclusions ou justifications propres à éclairer le tribunal, faute de quoi le tribunal peut passer outre et statuer, sauf à tirer toute conséquence de l' abstention de la partie ou de son refus.

L' instance est périmée lorsque les parties s' abstiennent d' accomplir, pendant le délai de deux ans mentionné à l' article 386 du code de procédure civile, les diligences qui ont été expressément mises à leur charge par la juridiction.

## **Article R142-24**

Lorsque le différend fait apparaître en cours d'instance une difficulté d'ordre médical relative à l'état du malade ou de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, notamment à la date de la consolidation ou de la guérison, le tribunal ne peut statuer qu'après mise en oeuvre de la procédure d'expertise médicale prévue à l'article L. 141-1.

Dans ce cas, la mission confiée à l'expert ou au comité et les questions qui lui sont posées sont fixées par une décision du tribunal.

Le médecin expert ou le comité adresse son rapport au secrétaire du tribunal dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande d'expertise qui lui a été adressée par la caisse.

Le secrétaire du tribunal transmet, au plus tard dans les quarante-huit heures suivant sa réception, copie du rapport au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie ainsi qu'à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle ou au médecin traitant du malade.

## **Article R142-24-1**

Lorsque le différend porte sur une décision prise après mise en oeuvre de la procédure d'expertise

médicale prévue à l'article L. 141-1, le tribunal peut ordonner une nouvelle expertise si une partie en fait la demande. Dans ce cas, les règles prévues aux articles R. 141-1 à R. 141-10 s'appliquent sous réserve des dispositions du présent article.

Le tribunal ordonne la nouvelle expertise au vu du rapport mentionné soit au cinquième alinéa de l'article R. 141-4, soit au troisième alinéa de l'article R. 142-24, et au vu des observations des parties.

Dans le cas où l'assuré est directement destinataire du rapport mentionné à l'article R. 141-4, celui-ci est joint à la requête introductive d'instance. Dans les autres cas, le rapport d'expertise est communiqué au tribunal par le service du contrôle médical de la caisse d'affiliation de l'assuré.

Le nouvel expert est désigné par le tribunal parmi les experts spécialisés en matière de sécurité sociale inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article R. 141-1.

La mission de l'expert ainsi désigné et les questions qui lui sont posées sont fixées par décision du tribunal.

L'expert procède à l'examen du malade ou de la victime dans les cinq jours suivant la notification de la décision le désignant.

Le rapport de l'expert comporte le rappel de l'énoncé de la mission et des questions fixées par le tribunal.

L'expert adresse son rapport au secrétaire du tribunal dans le délai d'un mois à compter de la date de notification de la décision le désignant.

Le secrétaire du tribunal transmet, au plus tard dans les quarante-huit heures [\*délai\*] suivant sa réception, copie du rapport au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie ainsi qu'à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle ou au médecin traitant du malade.

## **Article R142-24-2**

Lorsque le différend porte sur la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie dans les conditions prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 461-1, le tribunal recueille préalablement l'avis d'un comité régional autre que celui qui a déjà été saisi par la caisse en application du cinquième alinéa de l'article L. 461-1.

Le tribunal désigne alors le comité d'une des régions les plus proches.

## **Article R142-24-3**

Lorsque le différend fait apparaître en cours d'instance une difficulté d'ordre technique portant sur l'interprétation des dispositions relatives à la liste des actes et prestations prévue par l'article L. 162-1-7, le tribunal peut ordonner une expertise.

Celle-ci est confiée à un expert inscrit sur une des listes dressées en application des 1° et 2° du I de l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires sous la rubrique "experts spécialisés dans l'interprétation de la liste des actes et prestations prévue à l'article L. 162-1-7".

Nul ne peut être inscrit ou réinscrit comme expert sous cette rubrique si le dossier de l'instruction de la demande d'inscription ou de réinscription, prévue aux articles 7, 11 ou 17 du décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004 relatif aux experts judiciaires, ne comprend pas les avis favorables de la Haute Autorité de santé et du président de la commission de hiérarchisation mentionnée à l'article L. 162-1-7 compétente pour la profession du candidat.

Cet avis est sollicité, selon la liste demandée par l'intéressé, par le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel le candidat exerce son activité professionnelle ou possède sa résidence ou bien par le procureur général près la Cour de cassation ; ceux-ci transmettent à la Haute Autorité de santé et au président de la commission de hiérarchisation compétente la demande d'inscription ou de réinscription reçue en application des articles 6, 10 ou 17 du décret du 23 décembre 2004 précité.

## **Article R142-25**

Le tribunal des affaires de sécurité sociale statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de 4 000 euros.

La décision du tribunal des affaires de sécurité sociale n'est pas susceptible d'opposition.

## **Article R142-26**

Les décisions relatives à l'indemnité journalière sont, nonobstant appel, exécutoires par provision pour l'indemnité échue depuis l'accident jusqu'au trentième jour qui suit l'appel. Passé ce délai, l'exécution provisoire ne peut être continuée que de mois en mois, sur requête adressée, pour chaque période mensuelle, au président du tribunal des affaires de sécurité sociale dont la décision a été frappée d'appel, statuant seul. Les décisions du président sont susceptibles de recours en cassation pour violation de la loi. Le tribunal peut ordonner l'exécution par provision de toutes ses décisions.

## **Article R142-27**

Le secrétaire du tribunal notifie par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, dans la quinzaine, les décisions à chacune des parties convoquées à l'audience.



Le secrétaire transmet au service mentionné à l'article R. 155-1 pour les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de sécurité sociale et au service mentionné à l'article R. 155-2 pour les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de mutualité sociale agricole, dès le retour d'un des avis de réception, un exemplaire de la décision portant indication de la date de la notification.

### **Article R142-27-1**

Le recouvrement d'une créance peut être demandé suivant la procédure d'injonction de payer lorsqu'elle résulte d'une prise en charge injustifiée ou d'un indu de prestation.

La demande est portée devant le président du tribunal du lieu où demeure le débiteur. Tout autre juge se déclare d'office incompétent.

La procédure prévue aux articles 1407 et suivants du code de procédure civile est applicable.

L'opposition est portée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale dont le président a rendu la décision.

## **Sous-section 3 : Appel et opposition.**

### **Article R142-28**

Les parties peuvent interjeter appel dans un délai d'un mois à compter de la notification.

Peuvent également interjeter appel dans le même délai, à compter de la notification aux parties :

1°) le ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de sécurité sociale ;

2°) le ministre chargé de l'agriculture ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de mutualité sociale agricole.

L'appel est formé par une déclaration que la partie ou tout mandataire fait ou adresse par pli recommandé au greffe de la cour. La déclaration est accompagnée de la copie de la décision.

Outre les mentions prescrites par l'article 58 du code de procédure civile, la déclaration désigne le jugement dont il est fait appel et mentionne, le cas échéant, le nom et l'adresse du représentant de l'appelant devant la cour.

L'appel est porté devant la chambre sociale de la cour d'appel. Il est formé, instruit et jugé suivant la procédure sans représentation obligatoire.

### **Article R142-29**

Le greffier informe de la date de l'audience le ministre chargé de la sécurité sociale pour les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture pour les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de mutualité sociale agricole, s'ils ne sont pas convoqués en qualité d'appelants.

Peuvent prendre connaissance du dossier au greffe et présenter devant la cour des observations écrites ou orales :

1°) le ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de sécurité sociale ;

2°) le ministre chargé de l'agriculture ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de mutualité sociale agricole.

Le greffier accomplit, en ce qui concerne l'arrêt de la cour, les formalités prévues à l'article R. 142-27 pour les décisions du tribunal des affaires de sécurité sociale.

### **Article R142-30**

Les dispositions des articles R. 142-22 à R. 142-24-1 et de l'article R. 142-24-3 relatives à la procédure devant le tribunal des affaires de sécurité sociale sont applicables à la procédure devant la cour d'appel.

### **Article R142-31**

L'opposition ne peut être formée par une partie contre l'arrêt de la cour d'appel que s'il n'est pas établi que la lettre de convocation lui soit parvenue et si elle n'a pas été citée à personne par exploit d'huissier.

## **Section 5 : Dispositions spéciales relatives à la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles survenus aux salariés agricoles.**

### **Article R142-32**

Sous réserve des dispositions des articles 1156 et 1158 du code rural et de celles des articles R. 142-33 à R. 142-40 du présent code, les différends auxquels donne lieu l'application de la législation et de la réglementation relatives au régime d'assurance institué par le chapitre 1er du titre

III du livre VII du code rural relèvent de la compétence des juridictions du contentieux général de la sécurité sociale, dans les conditions fixées aux sections 1 à 3 du présent chapitre.

### **Article R142-33**

La victime qui conteste la décision de la caisse de mutualité sociale agricole relative à la date de guérison ou de consolidation de la blessure ou, en cas de révision, à l'appréciation de l'état d'incapacité permanente ou de la modification de cet état, doit saisir le président du tribunal des affaires de sécurité sociale, dans le ressort duquel se trouve le lieu de l'accident ou sa résidence à son choix.

La victime saisit directement le président dudit tribunal, par simple requête déposée au secrétariat ou adressée au secrétaire par lettre recommandée, dans le délai de deux mois à compter du jour où la décision lui a été notifiée.

### **Article R142-34**

La victime qui refuse le taux d'incapacité permanente de travail arrêté ou confirmé par la caisse dans les conditions fixées par l'article 29 du décret n° 73-598 du 29 juin 1973 ou par les quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 461-1 doit également saisir le président du tribunal des affaires de sécurité sociale, dans le ressort duquel se trouve le lieu de l'accident ou sa résidence à son choix.

La victime saisit le président dudit tribunal selon les modalités indiquées au deuxième alinéa de l'article R. 142-33 dans le délai d'un mois à compter du jour où lui ont été notifiés, soit les termes de l'accord réalisé sur le taux d'incapacité permanente de travail, soit la confirmation des propositions initiales notifiées par la caisse et relatives à ce taux d'incapacité.

### **Article R142-35**

Si, dans une des situations mentionnées aux articles R. 142-33 et R. 142-34, ni la résidence de la victime, ni le lieu de l'accident ne sont compris dans le ressort d'un tribunal des affaires de sécurité sociale, la victime ou ses ayants droit doivent saisir le président du tribunal dans le ressort duquel se trouve le siège de la caisse défenderesse.

### **Article R142-36**

La forclusion ne peut être opposée à la victime que si la notification par la caisse de la confirmation des propositions relatives au taux d'incapacité, de l'accord réalisé sur ce taux ou de sa décision concernant la date de guérison ou de consolidation ou la demande en révision effectuée par la victime, porte mention du délai d'un ou de deux mois, selon le cas.

## **Article R142-37**

Dans les cas prévus aux articles R. 142-33 et R. 142-34, le président convoque aux fins de conciliation, dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a été saisi \*point de départ\*, la victime ou, le cas échéant, ses ayants droit et le représentant de la caisse de mutualité sociale agricole. Il peut, après avoir préalablement consulté les parties, commettre un expert. Celui-ci doit déposer son rapport dans le délai de quinze jours au secrétariat du tribunal et l'adresser aux parties.

Si l'expert ne dépose pas son rapport dans le délai prévu au premier alinéa du présent article, il peut être dessaisi de sa mission par le président du tribunal des affaires de sécurité sociale à moins qu'en raison de difficultés particulières, il n'ait obtenu de prolongation de ce délai.

Dès réception du rapport par le président, les parties sont convoquées à la plus prochaine audience de conciliation.

Les convocations prévues tant au premier alinéa qu'au troisième alinéa du présent article doivent faire connaître à la victime ou à ses ayants droit qu'ils peuvent se faire assister éventuellement d'un médecin de leur choix.

## **Article R142-38**

Si la tentative de conciliation aboutit à un accord, celui-ci est homologué par une ordonnance non susceptible d'appel du président du tribunal des affaires de sécurité sociale qui en précise les termes.

Cette ordonnance a force exécutoire.

En cas de désaccord, l'affaire est inscrite d'office à la première audience utile du tribunal des affaires de sécurité sociale.

## **Article R142-39**

A tous les stades de la procédure, le régime de l'expertise est celui qui est défini par le code de procédure civile. Toutefois, les frais d'expertise sont réglés, sans consignation préalable de provision, selon les modalités définies à l'article L. 144-2. Les dispositions de l'article R. 142-24 ne sont pas applicables aux litiges relatifs à l'application de la présente section.

Toutes les fois qu'une expertise médicale est ordonnée, l'expert ne peut être ni le médecin qui a soigné le blessé, ni le médecin attaché à l'entreprise ou l'exploitation agricole ou à une caisse de mutualité sociale agricole.

S'il s'agit d'une expertise non médicale, l'expert ne doit être ni apparenté à la victime ou au chef d'exploitation ou d'entreprise, ni au service de l'un ou de l'autre, ni administrateur ou membre du personnel d'un organisme de la mutualité sociale agricole ou d'une entreprise d'assurance.

L'expert doit déposer son rapport dans le délai indiqué au premier alinéa de l'article R. 142-37. Il peut être dessaisi dans les conditions prévues au deuxième alinéa du même article.

## **Article R142-40**

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article R. 142-18, des articles R. 142-19, R. 142-20 et R. 142-23 sont applicables à la procédure de conciliation prévue à l'article R. 142-37.

Les dispositions des articles R. 142-1 à R. 142-6 et de l'article R. 142-21 ne sont pas applicables à cette procédure de conciliation.

## **Section 6 : Dispositions spéciales relatives aux procédures amiables et contentieuses en matière de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles des non-salariés agricoles et des personnes mentionnées à l'article L. 731-23 du code rural**

### **Sous-section 1 : Dispositions spéciales relatives aux procédures amiables**

#### **Article R142-41**

Sous réserve des dispositions de l'article L. 752-19 du code rural et de la pêche maritime et des dispositions du présent article, les différends auxquels donne lieu l'application de la législation et de la réglementation relatives au régime d'assurance institué par le chapitre II du titre V du livre VII du code rural et de la pêche maritime par les caisses de mutualité sociale agricole sont soumis aux commissions de recours amiable instituées par l'article R. 142-1 dans les conditions définies à la section 2 du présent chapitre, à l'exception des réclamations formées contre les décisions mentionnées à l'article R. 142-50.

Toutefois, par dérogation à l'article R.142-5, les contestations relatives aux décisions prises par les caisses sur proposition de la commission des rentes instituée par l'article 10 du décret n° 2002-200 du 14 février 2002 relatif aux prestations de l'assurance des non-salariés contre les accidents du travail et les maladies professionnelles sont soumises pour avis, dans le délai prévu à l'article R. 142-1, aux commissions de recours amiables auxquelles le conseil d'administration des caisses peut déléguer tout ou partie de ses attributions pour statuer sur ces contestations.

## **Article R142-42**

Les réclamations formées contre les décisions prises par le groupement institué par l'article L. 752-14 du code rural et de la pêche maritime, autres que celles mentionnées à l'article R. 142-50, sont soumises à l'avis d'une commission départementale ou interdépartementale constituée par le groupement et composée de :

1° Deux représentants du groupement désignés par celui-ci ;

2° Deux représentants des affiliés à un organisme membre du groupement et désignés par les membres élus de la chambre départementale d'agriculture, située dans le ressort du bureau départemental du groupement, qui appartiennent au collège mentionné au 1° de l'article R. 511-6 du code rural et de la pêche maritime et sont affiliés à un organisme membre du groupement. Les modalités de désignation de ces représentants sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'agriculture.

Les membres de la commission sont désignés pour un an renouvelable dans la limite de la durée de leur mandat de représentant au sein des chambres d'agriculture pour les personnes mentionnées au 2° du présent article.

La commission désigne en son sein pour une période d'un an un président et un vice-président. La présidence de la commission est assurée alternativement par un représentant du groupement et un représentant des affiliés à un organisme membre du groupement. Lorsque le président est un représentant du groupement, le vice-président est choisi parmi les représentants des affiliés et inversement.

Les fonctions des membres siégeant au sein de ces commissions sont incompatibles avec celles d'assesseur d'un tribunal des affaires de sécurité sociale ou d'un tribunal du contentieux de l'incapacité ainsi qu'avec celles de membre des conseils d'administration des organismes de mutualité sociale agricole ou d'assurances mutuelles agricoles.

## **Article R142-43**

La commission prévue à l'article précédent peut donner son avis si au moins un représentant du groupement et un représentant des affiliés à un organisme membre du groupement sont présents et si le président ou le vice-président est présent.

Les représentants du groupement et les représentants des affiliés participant au vote doivent être en nombre égal.

En cas de partage égal des voix, celle du président, ou en cas d'absence ou d'empêchement de ce dernier celle du vice-président, est prépondérante.

Les représentants des affiliés sont remboursés par le groupement de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues au I de l'article 110 du décret n° 84-477 du 18 juin 1984 pris pour l'application des articles 1004 à 1023-1 du code rural et relatif aux élections aux assemblées générales et aux conseils d'administration des caisses de mutualité sociale agricole. Le groupement leur alloue également, selon leur choix, soit une indemnité forfaitaire de remplacement d'un

montant égal à celui de l'allocation instituée par l'article L. 732-12 du code rural et de la pêche maritime, soit une indemnité forfaitaire représentative du temps passé à l'exercice de leurs fonctions dont le montant est fixé selon les modalités au II (a) de l'article 110 du décret du 18 juin 1984.

### **Article R142-44**

Les commissions prévues à l'article R. 142-42 sont saisies dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent former une réclamation.

Toutefois, les contestations formées à l'encontre des décisions prises en matière de recouvrement des cotisations, de majorations et pénalités de retard sont présentées aux commissions dans un délai d'un mois à compter de la mise en demeure notifiée en application de l'article L. 752-20 du code rural et de la pêche maritime.

### **Article R142-45**

En cas d'accident survenu dans la circonscription d'une commission autre que celle dont relève l'assuré, celle-ci peut charger la commission dans la circonscription de laquelle l'accident a eu lieu d'examiner les réclamations dont elle a été saisie.

Lorsque les bénéficiaires résident dans la circonscription d'une commission autre que celle dont relève l'assuré, les mêmes attributions peuvent être confiées à la commission dans la circonscription de laquelle est situé leur lieu de résidence.

### **Article R142-46**

Les commissions prévues à l'article R. 142-42 donnent, sur les affaires qui leur sont soumises, leur avis à l'instance délibérante du groupement institué par l'article L. 752-14 du code rural et de la pêche maritime, laquelle statue par décision motivée. Cette décision est notifiée à l'intéressé avec mention des délais et voies de recours.

Toutefois, le groupement peut déléguer, dans les conditions qu'il détermine, tout ou partie de ses pouvoirs aux commissions, y compris pour statuer sur les réclamations relatives aux décisions prises sur proposition de la commission des rentes prévue à l'article 10 du décret n° 2002-200 du 14 février 2002 relatif aux prestations de l'assurance des non-salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

### **Article R142-47**

L'absence de réponse dans un délai d'un mois à la réclamation présentée par un demandeur vaut rejet de celle-ci.

Le délai d'un mois prévu à l'alinéa précédent court à compter de la réception de la réclamation par le bureau départemental ou interdépartemental du groupement institué par l'article L. 752-14 du code rural et de la pêche maritime. Toutefois, si dans ce délai des documents sont produits par le requérant après le dépôt de la réclamation, le délai ne court qu'à compter de la réception de ces nouveaux documents.

## **Article R142-48**

Les décisions prises par le groupement institué par l'article L. 752-14 du code rural et de la pêche maritime sur les réclamations mentionnées à l'article R. 142-42 ou, le cas échéant, les décisions des commissions instituées par cet article sont communiquées au service mentionné à l'article R. 155-2 dans les conditions définies par l'article R. 152-2. Les dispositions de l'article R. 152-3 sont applicables.

## **Sous-section 2 : Dispositions spéciales relatives aux procédures contentieuses**

### **Article R142-49**

Sous réserve des dispositions de l'article L. 752-19 du code rural et de la pêche maritime et de celles des articles R. 142-50 à R. 142-52, les différends auxquels donne lieu l'application de la législation et de la réglementation relatives au régime d'assurance institué par le chapitre II du titre V du livre VII du code rural et de la pêche maritime relèvent de la compétence des juridictions du contentieux général de la sécurité sociale dans les conditions fixées par les dispositions de la section 4 du présent chapitre.

### **Article R142-50**

Les règles relatives aux délais et modalités de saisine du tribunal des affaires de sécurité sociale et à sa compétence territoriale définies par les articles R. 142-33 et R. 142-34 sont applicables aux contestations des décisions de la caisse de mutualité sociale agricole ou du groupement institué par l'article L. 752-14 du code rural et de la pêche maritime relatives respectivement :

- à la date de guérison ou de consolidation de la blessure ou, en cas de révision, à l'appréciation de l'état d'incapacité permanente ou à la modification de cet état ;

- au taux d'incapacité permanente de travail arrêté ou confirmé dans les conditions fixées par les articles 11 et 12 du décret n° 2002-200 du 14 février 2002 relatif aux prestations de l'assurance des non-salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles ou par les quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 461-1.



Si ni le lieu de l'accident, ni le siège de l'exploitation ou de l'entreprise agricole, ni le lieu de résidence de la victime ne sont compris dans le ressort d'un tribunal des affaires de sécurité sociale, la victime ou ses ayants droit saisissent le tribunal dans le ressort duquel se trouve le siège de la caisse de mutualité sociale agricole ou du groupement institué par l'article L. 752-14 du code rural et de la pêche maritime.

### **Article R142-51**

La forclusion ne peut être opposée à la victime que si la notification de la décision porte mention des délais et voies de recours.

### **Article R142-52**

Dans les cas prévus à l'article R. 142-50, le secrétaire du tribunal des affaires de sécurité sociale convoque aux fins de conciliation, dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle le tribunal a été saisi, la victime ou, le cas échéant, ses ayants droit et le représentant de la caisse de mutualité sociale agricole ou du groupement institué par l'article L. 752-14 du code rural et de la pêche maritime.

Les dispositions des articles R. 142-37 à R. 142-39 sont applicables à cette procédure de conciliation.

## **Chapitre 3 : Contentieux technique de la sécurité sociale**

### **Section 2 : Tribunaux du contentieux de l'incapacité**

#### **Sous-section 1 : Compétence et organisation.**

### **Article R143-1**

Les réclamations relevant du 2° de l'article L. 143-1 peuvent, sur demande du requérant, être soumises au préalable à la commission de recours amiable mentionnée à l'article R. 142-1. Lorsque la décision de la commission de recours amiable n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans le délai d'un mois déterminé conformément aux dispositions de l'article R. 142-6, l'intéressé peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant la juridiction compétente.

## **Article R143-2**

Dans le cas où la contestation de la victime portant sur l'état d'incapacité permanente fait apparaître des difficultés de toute nature relatives au caractère professionnel d'une lésion, le tribunal du contentieux de l'incapacité, après avoir recueilli les observations des parties, surseoit à statuer sur le taux d'incapacité permanente partielle dans l'attente de la décision sur le caractère professionnel de la lésion.

## **Article R143-3**

Le tribunal du contentieux de l'incapacité compétent est celui du lieu où demeure le demandeur. Si le demandeur ne demeure pas en France, le tribunal compétent est celui dans le ressort duquel l'organisme de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole, dont relève ou relevait le demandeur, a son siège.

### **Article R143-3-1**

Le siège et le ressort des tribunaux du contentieux de l'incapacité sont fixés conformément au tableau II annexé au présent livre.

### **Article R143-3-2**

La création de plusieurs formations de jugement au sein d'un même tribunal peut être décidée par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

Le président du tribunal du contentieux de l'incapacité répartit les affaires entre les formations de jugement. Il préside une des formations quand il l'estime convenable.

### **Article R143-3-3**

Lorsqu'un tribunal du contentieux de l'incapacité est créé ou lorsque le ressort d'un tribunal du contentieux de l'incapacité est modifié par suite d'une nouvelle délimitation des circonscriptions administratives ou judiciaires, le tribunal compétent primitivement saisi demeure compétent pour statuer sur les procédures introduites antérieurement à la date de création du tribunal compétent ou de modification du ressort.

Lorsqu'un tribunal du contentieux de l'incapacité est supprimé, toutes les procédures en cours

devant cette juridiction à la date d'entrée en vigueur du décret de suppression sont transférées en l'état au tribunal du contentieux de l'incapacité dans le ressort duquel est situé le siège du tribunal du contentieux de l'incapacité supprimé, sans qu'il y ait lieu de renouveler les actes, formalités et jugements régulièrement intervenus antérieurement à cette date, à l'exception des convocations, citations et assignations données aux parties et aux témoins à fin de comparution personnelle.

Les archives et minutes du secrétariat du tribunal supprimé sont transférées au secrétariat du tribunal du contentieux de l'incapacité dans le ressort duquel est situé le siège du tribunal du contentieux de l'incapacité supprimé.

#### **Article R143-4**

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée au neuvième alinéa de l'article L. 143-2 est le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale dans la circonscription duquel siège le tribunal du contentieux de l'incapacité.

#### **Article R143-5**

Le président du tribunal prend par ordonnance les mesures d'administration judiciaire.

Dans la première quinzaine du mois qui précède l'année judiciaire, il fixe, par ordonnance, le nombre, le jour, la nature des audiences et la répartition des assesseurs à ces audiences. Cette ordonnance peut être modifiée en cours d'année pour prendre en compte une modification de la composition de la juridiction, pour assurer le traitement du contentieux dans un délai raisonnable ou pour prévoir un service allégé pendant la période au cours de laquelle les fonctionnaires et les auxiliaires de justice bénéficient de leurs congés annuels.

Lorsqu'il existe plusieurs formations de jugement, il fixe, par la même ordonnance, la répartition des assesseurs dans ces formations. Un assesseur peut être affecté à plusieurs formations.

En cas d'empêchement d'un assesseur, il est pourvu à son remplacement par un suppléant.

#### **Article R143-5-1**

Les assesseurs sont convoqués aux audiences par le secrétaire du tribunal par lettre simple, quinze jours au moins avant la date de l'audience.

Les assesseurs présents peuvent également être convoqués aux audiences suivantes par la remise d'un bulletin après signature de la feuille de répartition des assesseurs aux audiences.

#### **Article R143-5-3**

Le président du tribunal du contentieux de l'incapacité est responsable du fonctionnement de la juridiction qu'il préside. Le secrétaire du tribunal est placé pour l'exercice de ses fonctions dans la juridiction sous l'autorité exclusive du président du tribunal.

## **Sous-section 2 : Procédure**

### **Article R143-6**

La procédure devant le tribunal du contentieux de l'incapacité est régie par les dispositions du livre Ier du code de procédure civile sous réserve des dispositions de la présente sous-section.

### **Article R143-7**

Le tribunal du contentieux de l'incapacité est saisi des recours par déclaration faite, remise ou adressée au secrétariat du tribunal où elle est enregistrée.

Le recours contre la décision de la caisse doit être présenté dans le délai de deux mois à compter de la date de la notification de cette décision. Toutefois, en cas de recours amiable, ce délai est interrompu. Il court à nouveau à compter soit du jour de la notification au requérant de la décision de la commission de recours amiable, soit à l'expiration du délai d'un mois prévu à l'article R. 143-1.

Le recours n'est pas suspensif, sous réserve de dispositions législatives particulières, et notamment de celles du premier alinéa de l'article L. 241-9 du code de l'action sociale et des familles.

Outre les mentions prescrites par l'article 58 du code de procédure civile, la déclaration indique, le cas échéant, le nom et l'adresse du médecin que le demandeur désigne pour recevoir les documents médicaux. Elle contient un exposé sommaire des motifs de la demande. Elle est accompagnée d'une copie de la décision contestée.

### **Article R143-8**

Dans les dix jours suivant la réception de la déclaration, le secrétariat du tribunal en adresse copie à la caisse intéressée et l'invite à présenter ses observations écrites, en trois exemplaires, dans un délai de dix jours.

Dans ce même délai, la caisse est tenue de transmettre au secrétariat les documents médicaux concernant l'affaire et d'en adresser copie au requérant ou, le cas échéant, au médecin qu'il a désigné.

## **Article R143-9**

Le secrétaire du tribunal convoque les parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par la remise de l'acte au destinataire contre émargement ou récépissé, quinze jours au moins avant la date de l'audience ; copie de la convocation est envoyée le même jour par lettre simple. Toutefois, les organismes de sécurité sociale peuvent en toutes circonstances être convoqués par lettre simple.

La convocation doit contenir les nom, prénoms, profession et adresse du réclamant, l'objet de la demande ainsi que la date et l'heure de l'audience.

La convocation est réputée faite à personne lorsque l'avis de réception est signé par son destinataire ou son mandataire.

En cas de retour au secrétariat de la juridiction d'une lettre de convocation qui n'a pu être remise à son destinataire, le secrétaire invite le demandeur à procéder par voie de signification. Le secrétaire indique la date de l'audience pour laquelle la signification doit être délivrée.

Dans le cas où une audience n'a pu se tenir, la partie présente est convoquée verbalement à une nouvelle audience avec émargement au dossier et remise, par le greffe, d'un bulletin mentionnant la date et l'heure de l'audience.

## **Article R143-9-1**

Lorsqu'en application de l'article L. 143-2-3 le tribunal n'a pu siéger et que l'affaire est reportée à une audience ultérieure, les parties présentes sont convoquées à nouveau verbalement avec émargement au dossier et remise par le secrétariat d'un bulletin mentionnant la date de l'audience, sous réserve des dispositions de l'article R. 143-10-1. Les parties absentes sont convoquées à nouveau selon les modalités prévues à l'article R. 143-9.

## **Article R143-10**

Les parties comparaissent en personne.

### **Article R143-10-1**

La procédure est orale.

Le président de la formation de jugement qui organise les échanges entre les parties comparantes peut dispenser une partie qui en fait la demande de se présenter à une audience ultérieure, conformément au second alinéa de l'article 446-1 du code de procédure civile. Dans ce cas, la

communication entre les parties est faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par notification entre avocats et il en est justifié auprès du tribunal dans les délais impartis par le président.

En cours d'instance, toute partie peut aussi exposer ses moyens par lettre adressée au tribunal, à condition de justifier que l'adversaire en a eu connaissance avant l'audience par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La partie qui use de cette faculté peut ne pas se présenter à l'audience, conformément au second alinéa de l'article 446-1 du code de procédure civile.

### **Article R143-11**

Le président de la formation de jugement constate la conciliation, même partielle, des parties et l'extinction de l'instance.

### **Article R143-12**

Le président de la formation de jugement tranche les difficultés relatives à la communication des pièces et procède aux jonctions et disjonctions d'instance.

### **Article R143-13**

Le président de la formation de jugement peut ordonner, d'office ou à la demande des parties, une consultation ou une expertise, ou prescrire une enquête portant, notamment, sur l'orientation professionnelle éventuelle du requérant et sur ses possibilités de placement. Les mesures d'instruction ordonnées peuvent être exécutées sur-le-champ par le technicien avisé de sa mission par tout moyen. Dans ce cas, le technicien fait immédiatement rapport au tribunal de ses constatations en présence des parties.

Lorsqu'il ordonne une expertise, le président de la formation de jugement détermine par une décision la mission confiée à l'expert, les questions qui lui sont posées et le délai dans lequel l'expert devra donner son avis. Le médecin expert adresse son rapport au secrétaire du tribunal dans le délai imparti qui court à compter de la réception de la demande d'expertise qui lui a été adressée. A défaut, il est pourvu à son remplacement par simple ordonnance.

Lorsque les mesures d'instruction ne sont pas exécutées sur-le-champ, le secrétariat du tribunal adresse à chaque partie ou, le cas échéant, au médecin qu'elle a désigné, par lettre recommandée, une copie des rapports et des documents consignants les résultats des examens, analyses ou enquêtes ordonnés par le tribunal ou des informations qu'il a recueillies. Cette lettre avise également les parties de la date de l'audience à laquelle sera évoquée l'affaire.

### **Article R143-14**

Les décisions du tribunal doivent être motivées. Elles sont prononcées en audience publique.

Le secrétariat du tribunal notifie dans les quinze jours la décision à chacune des parties, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La notification porte mention des délais et des voies de recours. Les parties sont avisées des mesures d'administration judiciaire verbalement avec émargement au dossier ou par lettre simple.

La décision du tribunal du contentieux de l'incapacité n'est pas susceptible d'opposition.

Les parties peuvent interjeter appel de la décision du tribunal dans les conditions prévues aux articles R. 143-23 et R. 143-24.

L'appel a un effet suspensif.

## **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 R143-15**

La Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail comporte quatre sections qui connaissent respectivement :

1° Des contestations mentionnées au 4° de l'article L. 143-1 et à l'article L. 242-5 et relatives à la tarification de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles des régimes autres qu'agricoles ;

2° Des contestations mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 143-1 et relatives à l'état ou au degré d'invalidité, à l'état d'incapacité permanente de travail en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle concernant les régimes autres qu'agricoles ;

3° Des contestations en matière de législation sociale agricole :

a) Mentionnées au 4° de l'article L. 143-1 et à l'article L. 752-19 du code rural et de la pêche maritime et relatives à la tarification de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

b) Mentionnées au 3° de l'article L. 143-1 et relatives à l'état et au degré d'invalidité ou à l'état d'incapacité permanente de travail, lorsqu'elle n'est pas due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;

c) Mentionnées au 3° de l'article L. 143-1 et relatives à l'état d'incapacité permanente de travail en cas d'accident du travail survenu ou de maladie professionnelle constatée, dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, ainsi que des contestations prévues au premier alinéa de l'article L. 241-9 du code de l'action sociale et des familles pour les ressortissants du régime agricole ;

4° Des contestations prévues au premier alinéa de l'article L. 241-9 du code de l'action sociale et des familles pour les ressortissants des régimes autres qu'agricoles.

### **Article R143-16**

Le siège de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail est fixé à Amiens.

### **Article R143-17**

Dans les quinze jours suivant leur désignation, les assesseurs titulaires et les assesseurs suppléants qui n'ont pas encore exercé de fonctions judiciaires sont invités, par le procureur général près la cour d'appel d'Amiens, à se présenter devant la cour pour prêter serment.

Le premier président de la cour d'appel ou le magistrat délégué par lui, siégeant en audience publique et en présence du procureur général, reçoit la prestation de serment des assesseurs.

Au cours de leur réception, les assesseurs titulaires ou suppléants prêtent individuellement le serment suivant : "Je jure de remplir mes devoirs avec zèle et intégrité et de garder le secret des délibérations".

Il est dressé procès-verbal de la réception du serment.

### **Article R143-17-1**

L'installation du président de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail et des présidents de section et l'installation des assesseurs a lieu en audience publique, au siège de la cour nationale, sous la présidence du premier président de la cour d'appel d'Amiens, ou du magistrat délégué par lui et en présence du procureur général près ladite cour d'appel.

Il est dressé procès-verbal de cette installation.

### **Article R143-18**



Le président de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail prend par ordonnance les mesures d'administration judiciaire.

Dans la première quinzaine du mois qui précède l'année judiciaire, le président fixe, par ordonnance, le nombre, le jour et la nature des audiences.

Cette ordonnance peut être modifiée en cours d'année pour prendre en compte une modification de la composition de la juridiction, pour assurer le traitement du contentieux dans un délai raisonnable ou pour prévoir un service allégé pendant la période au cours de laquelle les fonctionnaires et les auxiliaires de justice bénéficient de leurs congés annuels.

Il fixe, par la même ordonnance, la répartition des présidents et des assesseurs dans les sections. Un assesseur peut être affecté à plusieurs sections.

Les assesseurs siègent à tour de rôle, dans l'ordre de l'inscription résultant de l'ordonnance.

En cas d'empêchement d'un assesseur, il est pourvu à son remplacement par un suppléant.

### **Article R143-18-1**

Dans la première quinzaine du mois qui précède l'année judiciaire, le président désigne, par ordonnance, l'un des présidents de section pour le suppléer, s'il y a lieu, dans ses fonctions.

En cas de vacance ou d'empêchement d'un président de section, le président de la cour désigne un autre président de section pour le service de l'audience, suivant les modalités fixées à l'article R. 143-18.

### **Article R143-19**

Le président de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail répartit les affaires entre les sections.

Il peut, pour l'examen d'une affaire, réunir plusieurs sections sous sa présidence.

Il préside une des sections de la cour nationale quand il l'estime convenable.

### **Article R143-20**

Le président de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail est responsable du fonctionnement de la juridiction qu'il préside. Le secrétaire général et les

secrétaires généraux adjoints sont placés pour l'exercice de leurs fonctions dans la juridiction sous l'autorité exclusive du président de la cour.

## **Sous-section 2 : Procédure**

### **Article R143-20-1**

La procédure devant la cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail est régie par les dispositions du livre Ier du code de procédure civile sous réserve des dispositions de la présente sous-section.

### **Article R143-21**

Le recours de l'employeur mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 242-5, à l'article L. 242-7 et au sixième alinéa de l'article L. 452-2, est introduit dans le délai de deux mois à compter de la date de réception de la notification par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail de sa décision concernant les taux d'accident du travail, les ristournes, les cotisations supplémentaires et la contribution prévue à l'article L. 437-1.

L'autorité mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 242-5 et à l'article L. 242-7 est le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1. Le recours est introduit dans le même délai à compter du jour de la décision.

Le recours de l'employeur prévu aux articles L. 751-16, L. 751-21 et R. 751-71 du code rural et de la pêche maritime ainsi que le recours du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole prévu à l'article L. 752-19 du même code sont introduits dans le délai de deux mois à compter respectivement de la date de réception de la notification par la caisse de mutualité sociale agricole de sa décision concernant les taux d'accidents du travail, les ristournes et les cotisations supplémentaires ou de la date de notification de sa décision de classement de l'exploitation ou de l'entreprise agricole dans une des catégories de risque retenues par le ministre chargé de l'agriculture.

Le recours du responsable du service mentionné à l'article R. 155-2 est introduit dans le même délai à compter du jour de la décision.

Au cas où le requérant aurait, au préalable, dans les conditions de délai indiquées aux quatre alinéas précédents, saisi, selon le cas, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou la caisse de mutualité sociale agricole d'une réclamation gracieuse, le délai de recours devant la cour court du jour où est notifiée la décision de la caisse sur le recours gracieux. Toutefois, si à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de l'introduction du recours gracieux, l'intéressé n'a pas reçu notification d'une telle décision, le recours doit être regardé comme rejeté et le délai imparti pour saisir la cour court du jour où intervient cette décision implicite de rejet.

### **Article R143-22**

Dans les cas mentionnés à l'article R. 143-21, la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail est saisie par lettre recommandée avec demande d'avis de

réception adressés à son secrétariat général.

Les recours sont établis en triple exemplaire. Ils sont accompagnés de mémoires justificatifs établis également en triple exemplaire et déposés dans le même délai.

Le secrétariat de la cour transmet l'un des exemplaires des recours et des mémoires justificatifs à la partie adverse et l'invite à présenter, sous forme de mémoire en triple exemplaire, ses observations écrites dans un délai de vingt jours.

Le secrétariat communique ces observations aux autres parties qui peuvent présenter un nouveau mémoire dans un délai de vingt jours.

### **Article R143-23**

L'appel formé en application de l'article R. 143-14 est introduit dans le délai d'un mois à compter de la date de la notification de la décision prise par le tribunal du contentieux de l'incapacité.

### **Article R143-24**

Cet appel est formé par une déclaration que la partie ou tout mandataire fait ou adresse par pli recommandé avec demande d'avis de réception au secrétariat du tribunal du contentieux de l'incapacité qui a rendu le jugement.

Outre les mentions prescrites par l'article 58 du code de procédure civile, la déclaration désigne le jugement dont il est fait appel et mentionne, le cas échéant, le nom et l'adresse du représentant de l'appelant devant la cour.

Le secrétaire du tribunal du contentieux de l'incapacité enregistre l'appel à sa date ; il délivre, ou adresse par lettre simple, récépissé de la déclaration. Dès l'accomplissement des formalités par l'appelant, le secrétaire avise, par lettre simple, la partie adverse de l'appel ; simultanément, il transmet au secrétariat général de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail l'intégralité du dossier de l'affaire avec copie du jugement, de la déclaration de l'appelant et de la lettre avisant la partie adverse.

### **Article R143-25**

Dès réception du dossier d'appel, le secrétaire général de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail invite les parties en cause, ou leur représentant, à présenter, dans un délai de vingt jours, un mémoire accompagné, le cas échéant, des observations de la personne qu'elles ont choisie pour les représenter ou les assister.

Le secrétaire général de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail assure la communication des mémoires et des pièces jointes aux parties ou, le cas échéant, au médecin qu'elles ont désigné lorsqu'il s'agit de documents médicaux, et les avise qu'elles peuvent présenter, par un mémoire en réponse des observations en réplique et des pièces nouvelles dans un délai de vingt jours courant de la réception de cette communication.

Les mémoires, pièces et observations produits par les parties sont établis en triple exemplaire.

La date des prétentions d'une partie est celle de la communication aux autres parties du mémoire qui les contient.

## **Article R143-26**

Les parties se défendent elles-mêmes. Elles ont la faculté de se faire assister ou représenter par l'une des personnes mentionnées à l'article L. 144-3.

La procédure est orale, sous les réserves ci-après :

1° Les parties qui adressent à la cour un mémoire dans les conditions prévues par l'article R. 143-25 sont dispensées de se présenter à l'audience conformément à l'article 446-1 du code de procédure civile ;

2° Les décisions du président de la section en application de l'article R. 143-27 peuvent être prises sans audience préalable, après avoir, dans ce cas, recueilli les observations écrites des parties ou les avoir invitées à présenter leurs observations.

## **Article R143-27**

Lorsque l'affaire n'est pas en état d'être jugée, le président de la section à laquelle elle a été confiée en assure l'instruction.

Il peut inviter les parties à fournir les explications qu'il estime nécessaires à la solution du litige et les mettre en demeure de produire, dans un délai qu'il détermine, tous documents ou justifications propres à éclairer la cour, faute de quoi il peut passer outre et renvoyer l'affaire devant la section qui tirera toute conséquence de l'abstention de la partie ou de son refus.

Il peut ordonner, le cas échéant à peine d'astreinte, la production de documents détenus par un tiers s'il n'existe pas d'empêchement légitime.

Il peut ordonner, même d'office, toute mesure d'instruction et notamment désigner, à titre de consultation, un ou plusieurs médecins experts chargés d'examiner le dossier médical soumis à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail.

Il constate la conciliation, même partielle, des parties et l'extinction de l'instance.

Il tranche les difficultés relatives à la communication des pièces. Il procède aux jonctions et disjonctions d'instance.

Il peut déclarer l'appel irrecevable et trancher à cette occasion toute question ayant trait à la recevabilité de l'appel.

Les décisions du président de section chargé d'instruire l'affaire n'ont pas, au principal, l'autorité de la chose jugée. Elles ne sont susceptibles d'aucun recours indépendamment de la décision sur le fond. Toutefois, elles peuvent être déférées par simple requête à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail dans un délai de quinze jours à compter de leur notification lorsqu'elles constatent l'extinction de l'instance ou déclarent l'appel irrecevable.

### **Article R143-28**

Le secrétaire général de la cour adresse copie des procès-verbaux d'enquête et des rapports de consultation ou d'expertise sous pli recommandé avec demande d'avis de réception à chaque partie ou, le cas échéant, au médecin désigné à cet effet, s'il s'agit d'un rapport médical.

La transmission à la partie ou au médecin désigné comporte l'indication que la partie ou le médecin désigné dispose d'un délai de vingt jours à compter de la notification de cette transmission pour présenter ses observations écrites.

### **Article R143-28-1**

L'ordonnance de clôture de l'instruction est notifiée à chacune des parties. La notification de l'ordonnance de clôture mentionne la date de l'audience et rappelle les dispositions des deuxième et troisième alinéas de l'article R. 143-26 et du deuxième alinéa du présent article.

Postérieurement à la notification de cette ordonnance, les parties qui ont usé de la faculté d'adresser un mémoire à la cour sont, sauf motif légitime, irrecevables à présenter des prétentions ou moyens nouveaux ou à communiquer de nouvelles pièces.

### **Article R143-28-2**

En l'absence d'instruction, les parties sont convoquées à l'audience. La convocation les informe de la possibilité qu'elles ont d'y présenter des observations orales.

### **Article R143-29**

La notification prévue aux articles R. 143-28-1 et R. 143-28-2 sont faites par le secrétaire général de la cour en la forme ordinaire quinze jours au moins avant la date de l'audience. Elles valent citation

et rappellent les conditions d'assistance et de représentation à l'audience.

Dans le cas où une audience n'a pu se tenir, la partie présente est convoquée verbalement à une nouvelle audience avec émargement au dossier et remise, par le secrétariat, d'un bulletin mentionnant la date et l'heure de l'audience.

### **Article R143-29-1**

A l'audience, le président de la section qui a procédé à l'instruction fait son rapport, les parties présentes ou représentées sont entendues.

Lorsque les parties font valoir à l'audience des prétentions ou des moyens nouveaux, la cour peut, sans préjudice de l'application du deuxième alinéa de l'article R. 143-29, retenir l'affaire si les parties sont en état d'en débattre contradictoirement, la renvoyer à une audience ultérieure ou, en cas de nécessité, en confier l'instruction au président de section en révoquant, s'il y a lieu, l'ordonnance de clôture.

A moins que la cour ne retienne l'affaire ou ne déclare irrecevables les éléments nouveaux, ceux-ci sont portés à la connaissance des parties n'ayant pas comparu à l'audience à la diligence du secrétaire général de la cour.

Lorsqu'elle confirme un jugement, la cour est réputée avoir adopté les motifs de ce jugement qui ne sont pas contraires aux siens.

### **Article R143-29-2**

La décision de la cour est notifiée sans délai, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, à chacune des parties. La notification porte mention des délais et des voies de recours. En cas de retour au secrétariat de la notification qui n'a pu être remise à son destinataire, le secrétariat invite la partie adverse à procéder par voie de signification.

### **Article R143-30**

L'opposition ne peut être formée par une partie contre la décision de la cour que s'il n'est pas établi que la lettre de convocation lui soit parvenue et si elle n'a pas été citée à personne par exploit d'huissier.

## **Section 4 : Dispositions communes aux tribunaux du contentieux de l'incapacité et à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail.**

## **Article R143-31**

La forclusion ne peut être opposée aux intéressés que si la notification de la décision contre laquelle ils forment ou interjettent appel porte mention du délai de forclusion avec indication de l'organisme compétent pour recevoir la requête.

Elle ne peut être opposée lorsque la réclamation ou l'appel a été introduit dans les délais prévus respectivement aux articles R. 143-7 et R. 143-23, soit auprès d'un service ou d'un organisme de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole, soit auprès d'une juridiction du contentieux général de la sécurité sociale.

Pour les requérants domiciliés en dehors de la France métropolitaine ou qui en sont temporairement éloignés, ces délais sont augmentés dans les conditions prévues à l'article 643 du code de procédure civile.

## **Article R143-32**

Lorsque la juridiction du contentieux technique de la sécurité sociale saisie d'une contestation mentionnée aux 2° et 3° de l'article L. 143-1 a désigné un médecin expert ou un médecin consultant, son secrétariat demande au praticien-conseil du contrôle médical dont le rapport a contribué à la fixation du taux d'incapacité permanente de travail objet de la contestation de lui transmettre ce rapport.

Le praticien-conseil est tenu de transmettre copie de ce rapport en double exemplaire au secrétariat de la juridiction dans un délai de dix jours à compter de la réception de la demande. Chaque exemplaire est transmis sous pli fermé avec la mention " confidentiel " apposée sur l'enveloppe.

Le secrétariat de la juridiction notifie dans les mêmes formes un exemplaire au médecin expert ou au médecin consultant ainsi que, si l'employeur en a fait la demande, au médecin mandaté par celui-ci pour en prendre connaissance. Il informe la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle de la notification au médecin mandaté par l'employeur par tout moyen permettant d'établir sa date certaine de réception.

## **Article R143-33**

L'entier rapport médical mentionné à l'article L. 143-10 comprend :

1° L'avis et les conclusions motivées données à la caisse d'assurance maladie sur le taux d'incapacité permanente à retenir ;

2° Les constatations et les éléments d'appréciation sur lesquels l'avis s'est fondé.

## **Article R143-34**

Dans le cas où une consultation ou une expertise est ordonnée par les tribunaux du contentieux de

l'incapacité ou par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail :

1°) Les frais de consultation et d'expertise sont réglés, sans consignation préalable de provision, dans les conditions prévues aux articles L. 144-5 et R. 144-14 ;

2°) Les fonctions d'expert ne peuvent être remplies par le médecin qui a soigné le malade ou la victime, un médecin attaché à l'entreprise, un médecin appartenant au conseil d'administration de la caisse intéressée à l'instance ni par le médecin participant au service de contrôle médical fonctionnant auprès de la caisse intéressée.

## **Section 5 : Secrétariats des tribunaux du contentieux de l'incapacité et secrétariat général de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail**

### **Article R143-35**

Chaque tribunal du contentieux de l'incapacité comporte un secrétariat et la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail comporte un secrétariat général.

### **Article R143-36**

Le secrétariat du tribunal du contentieux de l'incapacité est assuré par un fonctionnaire de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (1) dans la circonscription de laquelle le tribunal a son siège, désigné par le directeur régional compétent.

Le secrétaire du tribunal du contentieux de l'incapacité est désigné au début de chaque année judiciaire. Il prête, devant le tribunal de grande instance dans le ressort duquel le tribunal a son siège, le serment de bien et loyalement remplir ses fonctions et de ne rien révéler ou utiliser de ce qui sera porté à sa connaissance à l'occasion de leur exercice.

### **Article R143-37**

Le secrétaire général de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail est assisté de deux secrétaires généraux adjoints, dont l'un pour la section compétente pour la législation agricole.

Le secrétaire général est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés respectivement de la sécurité sociale et de l'agriculture ; peut être nommé secrétaire général un fonctionnaire de catégorie A ou un agent contractuel de niveau équivalent.



Les secrétaires généraux adjoints sont nommés par arrêté du ministre intéressé ; ils sont choisis parmi les fonctionnaires de catégorie A ou B.

Le secrétaire général et les secrétaires généraux adjoints prêtent, au moment de leur nomination, devant le tribunal de grande instance dans le ressort duquel la juridiction a son siège, le serment de bien et loyalement remplir leurs fonctions et de ne rien révéler ou utiliser de ce qui sera porté à leur connaissance à l'occasion de leur exercice.

### **Article R143-38**

Le secrétaire général ou le secrétaire définit et met en oeuvre les mesures d'application des directives générales qui lui sont données par le président.

Il tient ce dernier informé de ses diligences.

### **Article R143-39**

Le secrétaire général ou le secrétaire tient à jour les dossiers, les répertoires et les registres ;

Il est dépositaire des minutes et archives dont il assure la conservation ;

Il a la garde de toutes pièces déposées au secrétariat ;

Il assiste les juges à l'audience ;

Il tient les rôles et le registre des délibérations de la juridiction, rédige les procès-verbaux et délivre à toute personne intéressée des extraits des décisions prises par la juridiction.

### **Article R143-40**

Selon les besoins du service, le secrétaire ou le secrétaire général peut désigner sous sa responsabilité un ou plusieurs agents du secrétariat pour exercer partie des fonctions qui lui sont attribuées aux articles R. 143-38 à R. 143-39. Au préalable, ces agents prêtent le serment prévu respectivement aux articles R. 143-36 et R. 143-37.

### **Article R143-41**

En cas d'absence ou d'empêchement, le secrétaire est suppléé dans ses fonctions par l'agent du

secrétariat du grade le plus élevé et le secrétaire général par un secrétaire général adjoint.

## **Article R143-42**

Les heures d'ouverture et de fermeture au public des secrétariats sont fixées par le président de la juridiction, après avis du secrétaire ou du secrétaire général.

## **Chapitre 4 : Dispositions communes - Dispositions diverses**

### **Section 1 : Dispositions relatives aux membres des juridictions de sécurité sociale.**

#### **Article R144-1**

Dans les quinze jours suivant leur désignation, les présidents des tribunaux du contentieux de l'incapacité qui ne sont pas des magistrats honoraires, les assesseurs titulaires et suppléants des tribunaux des affaires de sécurité sociale et des tribunaux du contentieux de l'incapacité sont invités, par le procureur général près la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège, à se présenter devant la cour pour prêter serment.

Le premier président de la cour d'appel ou le magistrat délégué par lui, siégeant en audience publique et en présence du procureur général, reçoit les prestations de serment.

Au cours de leur réception, les présidents des tribunaux du contentieux de l'incapacité qui ne sont pas des magistrats honoraires, les assesseurs titulaires et suppléants des tribunaux des affaires de sécurité sociale et des tribunaux du contentieux de l'incapacité prêtent individuellement le serment suivant : "Je jure de remplir mes devoirs avec zèle et intégrité et de garder le secret des délibérations."

Il est dressé procès-verbal de la réception du serment.

#### **Article R144-2**

L'installation du président du tribunal des affaires de sécurité sociale, qui est un magistrat honoraire, du président du tribunal du contentieux de l'incapacité et, le cas échéant, des présidents de formation de jugement et l'installation des assesseurs des tribunaux des affaires de sécurité sociale et des tribunaux du contentieux de l'incapacité ont lieu en audience publique, au siège du tribunal, sous la présidence du premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège, ou du magistrat délégué par lui et en présence du procureur général près ladite cour.

Il est dressé procès-verbal de cette installation.

En cas de nécessité, ils peuvent être installés par écrit.

### **Article R144-3**

Dans le délai d'un mois à dater de la convocation prévue à l'alinéa 3 de l'article L. 144-2, 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, qui le transmettent sans délai au garde des sceaux, ministre de la justice.

### **Article R144-4**

La récusation du président et des assesseurs du tribunal des affaires de sécurité sociale, du tribunal du contentieux de l'incapacité et de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail est régie par les dispositions du chapitre II du titre X du livre Ier du code de procédure civile.

### **Article R144-5**

Les assesseurs du tribunal des affaires de la sécurité sociale, du tribunal du contentieux de l'incapacité et de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail portent, soit à l'audience, soit dans les cérémonies publiques, suspendue à un ruban, en sautoir, une médaille signe de leurs fonctions. Cette médaille est en métal doré. D'un module de 45 mm sur 65 mm, elle porte à l'avant la mention "République française" et la mention du nom de la juridiction à laquelle ils appartiennent entourant le motif d'une balance sur un fond noir et rouge. La médaille est suspendue à un ruban d'une largeur de 35 mm, divisé dans le sens vertical en deux parties égales, noire et verte.

Les présidents de tribunal du contentieux de l'incapacité et les présidents de formation de jugement, lorsqu'ils ne sont pas magistrats, portent cette médaille suspendue à un ruban d'une largeur de 35 mm de couleur verte.

### **Article R144-6**

L'honorariat peut être conféré par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice, aux anciens assesseurs des juridictions de sécurité sociale, ayant exercé leurs fonctions pendant douze ans au moins.

L'arrêté prévu à l'alinéa précédent est pris sur la proposition du premier président de la cour d'appel

dans le ressort de laquelle est située la juridiction où les fonctions ont été exercées en dernier lieu, et après avis du président de cette juridiction.

L'honorariat peut être retiré suivant la même procédure.

Les anciens assesseurs admis à l'honorariat ne peuvent en faire mention ni dans la publicité ou la correspondance commerciale, ni dans les actes de procédure ou les actes extra-judiciaires ; en toute autre circonstance ils ne peuvent faire état de cette distinction sans préciser au titre de quelle juridiction elle leur a été conférée.

### **Section 3 : Pourvoi en cassation.**

#### **Article R144-7**

Le pourvoi mentionné à l'article L. 144-1 du présent code est formé par ministère d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Il est instruit et jugé conformément aux règles de la procédure ordinaire dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions du présent chapitre et des chapitres 2 et 3 du présent titre.

Le pourvoi est déposé au greffe de la Cour de cassation dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision. Ce délai ne court pas s'il n'est pas mentionné dans la notification de la décision.

#### **Article R144-8**

Peuvent former pourvoi, dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision aux parties :

1°) le ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de sécurité sociale ;

2°) le ministre chargé de l'agriculture ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de mutualité sociale agricole.

Le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture, demandeurs ou défendeurs au pourvoi, sont dispensés du ministère d'avocat. Le pourvoi introduit par ces derniers est formé directement au greffe de la Cour de cassation.

#### **Article R144-9**

En cas de renvoi par la Cour de cassation devant le tribunal des affaires de sécurité sociale ou la cour d'appel par elle désignée ou devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de

l'assurance des accidents du travail, il appartient à l'une des parties au pourvoi de saisir la juridiction de renvoi par simple lettre recommandée adressée au greffe ou au secrétariat de ladite juridiction.

## **Section 4 : Dépenses de contentieux.**

### **Article R144-10**

La procédure est gratuite et sans frais.

L'appelant qui succombe est condamné au paiement d'un droit qui ne peut excéder le dixième du montant mensuel du plafond prévu à l'article L. 241-3 ; il peut toutefois être dispensé du paiement de ce droit par une mention expresse figurant dans la décision.

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 442-8, les honoraires et frais, notamment d'examens complémentaires éventuels, liés à la nouvelle expertise ordonnée par le tribunal en application de l'article L. 141-2 sont mis à la charge de la partie qui succombe, à moins que le juge, par décision motivée, n'en mette la totalité ou une fraction à la charge d'une autre partie.

En outre, dans le cas de recours jugé dilatoire ou abusif, le demandeur qui succombe, soit en première instance, soit en appel, est condamné au paiement d'une amende au taux prévu à l'article 559 du code de procédure civile et, le cas échéant, au règlement des frais de la procédure, et notamment des frais résultant des enquêtes, consultations et expertises ordonnées en application des articles R. 142-22, R. 142-24, R. 143-13 et R. 143-27. Les frais provoqués par la faute d'une partie peuvent être dans tous les cas mis à sa charge.

Toutefois, à l'occasion des litiges qui portent sur le recouvrement de cotisations ou de majorations de retard et lorsque la procédure est jugée dilatoire ou abusive, l'amende est fixée à 6 % des sommes dues, en vertu du jugement rendu, avec minimum de 150 euros par instance.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables aux procédures mentionnées aux articles R. 133-3, R. 243-6 à R. 243-22, R. 243-24, R. 243-25 et R. 244-2.

Le produit des droits et amendes prévus aux alinéas précédents est liquidé par la juridiction saisie et recouvré comme les amendes pénales prononcées par les tribunaux répressifs, sur extrait délivré par le secrétariat ou le greffe de la juridiction intéressée.

### **Article R144-11**

Les dépenses mentionnées à l'article L. 144-5 sont notamment :

1°) les frais et indemnités d'assesseurs, de témoins et d'expertises qui n'ont pas été mis expressément

à la charge d'une partie ou d'un organisme par une disposition particulière ;

2°) les émoluments des greffiers des cours d'appel afférents aux recours formés contre les décisions des tribunaux des affaires de sécurité sociale ;

3°) (Abrogé)

4°) les frais de fonctionnement des tribunaux des affaires de sécurité sociale et des juridictions du contentieux technique de la sécurité sociale.

Les arrêtés mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 144-5 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'agriculture et, le cas échéant, le garde des sceaux, ministre de la justice.

Les arrêtés mentionnés au troisième alinéa du même article L. 144-5 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et les autres ministres intéressés.

## **Article R144-12**

Les présidents de tribunal des affaires de sécurité sociale, quand ils sont magistrats honoraires, et les présidents de tribunal du contentieux de l'incapacité perçoivent une indemnité pour chaque audience qu'ils ont présidée.

Le montant de l'indemnité de vacation est égal au quarantième du traitement budgétaire moyen mensuel brut des magistrats du premier grade.

## **Article R144-13**

Les assesseurs des tribunaux des affaires de sécurité sociale, des tribunaux du contentieux de l'incapacité et de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail représentant les travailleurs salariés ou les employeurs ou travailleurs indépendants perçoivent, pour chaque audience à laquelle ils participent, l'indemnité prévue à l'article R. 140 du code de procédure pénale.

Ils perçoivent également une indemnité pour perte de salaire ou de gain.

L'indemnité pour perte de salaire des assesseurs représentant les travailleurs salariés est égale à la perte de salaire effectivement subie, justifiée par une attestation de l'employeur, qu'il appartient à l'assesseur de fournir.

L'indemnité pour perte de gain des assesseurs représentant les employeurs et travailleurs indépendants est fixée forfaitairement à six fois le montant brut horaire du salaire minimum

interprofessionnel de croissance par audience.

### **Article R144-14**

Les médecins experts, qui procèdent à une consultation à la demande d'un tribunal du contentieux de l'incapacité ou de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, perçoivent des honoraires fixés par arrêté des ministres respectivement chargés de la sécurité sociale, de la justice, de l'agriculture et du budget.

Les honoraires dus pour les expertises diligentées par les tribunaux des affaires de sécurité sociale en application des articles R. 142-22, R. 142-24-1, R. 142-24-3 et R. 142-39, par les cours d'appel en application de l'article R. 142-30, par les tribunaux du contentieux de l'incapacité en application de l'article R. 143-13 et par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail en application de l'article R. 143-27 sont ceux fixés en application de l'article R. 141-7.

Dans le cas d'une expertise médicale autre que celles prévues à l'alinéa précédent, l'expert doit faire connaître le montant prévisible de ses honoraires avant de commencer l'expertise.

### **Article R144-15**

Les témoins devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale, les tribunaux du contentieux de l'incapacité et la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail perçoivent une indemnité de comparution et le remboursement de leurs frais de séjour et de déplacement dans les conditions fixées par les articles R. 129 et R. 133 du code de procédure pénale.

### **Article R144-16**

Les présidents de tribunal des affaires de sécurité sociale, quand ils sont magistrats honoraires, les présidents de tribunal du contentieux de l'incapacité, les assesseurs des juridictions de sécurité sociale sont indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006.

Les médecins experts auxquels les juridictions de sécurité sociale font appel perçoivent les indemnités de déplacement prévues en application de l'article R. 141-7.

### **Article R144-17**

Les requérants ou leurs ayants droit qui doivent quitter leur commune de résidence ou celle de leur lieu de travail pour répondre à la convocation d'un médecin expert désigné par une juridiction de

sécurité sociale en première ou seconde instance, ou par une cour d'appel en application du présent titre sont indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006, sans préjudice de l'application des articles R. 322-10-1, R. 322-10-2, R. 322-10-4 et R. 322-11 à R. 322-11-2.

## **Section 5 : Secret professionnel.**

### **Article R144-18**

Conformément aux dispositions de l'article 378 du code pénal, les membres des juridictions prévues aux chapitres 2 et 3 du présent titre, les médecins experts, les rapporteurs ainsi que le personnel des secrétariats sont tenus au secret professionnel.

## **Section 6 : Départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.**

### **Article R144-19**

Les dispositions des chapitres 2, 3 et 4 du présent titre, sont applicables au règlement des différends entre les caisses d'assurances accidents des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle mentionnées au titre V du livre VII du code rural et de la pêche maritime et leurs ressortissants, sous réserve des modalités particulières qui seront fixées par décret pris sur le rapport du ministre chargé de l'agriculture.

Les dispositions desdits chapitres sont également applicables, dans les départements mentionnés à l'alinéa précédent, aux règlements des différends consécutifs à la réparation des accidents du travail survenus et des maladies professionnelles constatées avant le 1er janvier 1947 dans les professions autres que les professions agricoles.

## **Section 7 : Contentieux des décisions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 241-9 du code de l'action sociale et des familles.**

### **Article R144-20**

Les recours prévus au premier alinéa de l'article L. 241-9 du code de l'action sociale et des familles sont soumis aux dispositions des articles R. 143-3, R. 143-3-1 et R. 143-6 à R. 143-14.

Le défendeur dans ces instances est la maison départementale des personnes handicapées dans



laquelle est situé le siège de la commission dont la décision est contestée.

## **Chapitre 5 : Contentieux du contrôle technique**

### **Section 1 : Dispositions générales.**

#### **Article R145-1**

Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des pharmaciens, à l'occasion des prestations servies à des assurés sociaux, sont soumis en première instance :

- a) A une section distincte dite section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre des pharmaciens pour les pharmaciens titulaires d'une officine ;
- b) A une section distincte dite section des assurances sociales du conseil central de la section D de l'ordre des pharmaciens pour les pharmaciens des établissements hospitaliers, les pharmaciens mutualistes et les pharmaciens salariés ;
- c) A une section distincte dite section des assurances sociales du conseil central de la section G de l'ordre des pharmaciens pour les pharmaciens biologistes-responsables, biologistes-coresponsables et biologistes médicaux des laboratoires de biologie médicale.

En appel, ces mêmes faits sont soumis à une section distincte du conseil national de l'ordre des pharmaciens dite Section des assurances sociales dudit conseil.

#### **Article R145-2**

Les sanctions susceptibles d'être prononcées par les sections des assurances sociales du conseil régional et des conseils centraux de la section D et de la section G, du conseil national de l'ordre des pharmaciens sont :

- 1°) l'avertissement ;
- 2°) le blâme, avec ou sans publication ;
- 3°) l'interdiction temporaire ou permanente de servir des prestations aux assurés sociaux.

Dans le cas d'abus des prix de vente des médicaments et des fournitures ou des prix des examens de biologie médicale, les sections des assurances sociales du conseil régional, des conseils centraux de la section D et de la section G et du conseil national peuvent également ordonner le remboursement du trop-perçu à l'assuré, même si elles ne prononcent aucune des sanctions prévues ci-dessus.

Les décisions des sections des assurances sociales du conseil régional, des conseils centraux de la section D et de la section G et du conseil national 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.

### **Article R145-3**

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 section des assurances sociales du conseil régional, des conseils centraux de la section D et de la section G ou du conseil national de l'ordre des pharmaciens est tenu de rembourser à la caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés, à la caisse de mutualité sociale agricole ou à l'organisme assureur toutes les sommes versées du fait des ordonnances exécutées.

## **Section 2 : Organisation des juridictions.**

### **Article R145-4**

La section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre des médecins comprend, outre son président, quatre assesseurs nommés par le préfet de région.

Deux assesseurs représentent l'ordre des médecins. Ils sont nommés sur la proposition du conseil régional de l'ordre et choisis en son sein.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil régional du régime général de sécurité sociale, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical dans la région ;

2° Le second, sur proposition conjointe des responsables des services médicaux compétents dans la région, respectivement, du régime de protection sociale agricole et du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical dans ces régimes. A défaut d'accord entre ces responsables et après mise en demeure demeurée infructueuse, le préfet de région procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les médecins-conseils d'un des trois régimes mentionnés aux 1° et 2° du présent alinéa, après avis du médecin-conseil régional du régime général de sécurité sociale.

### **Article R145-5**

La section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre des chirurgiens-dentistes comprend, outre son président, quatre assesseurs nommés par le préfet de région.

Deux assesseurs représentent l'ordre des chirurgiens-dentistes. Ils sont nommés sur la proposition du conseil régional de l'ordre des chirurgiens-dentistes et choisis en son sein.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil régional du régime général de sécurité sociale, parmi les chirurgiens-dentistes-conseils titulaires ou, à défaut, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical dans la région ;

2° Le second, sur proposition conjointe des services médicaux compétents dans la région, respectivement, du régime de protection sociale agricole et du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles, parmi les chirurgiens-dentistes-conseils titulaires ou, à défaut, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical dans ces régimes. A défaut d'accord entre ces responsables et après mise en demeure demeurée infructueuse, le préfet de région procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les chirurgiens-dentistes ou les médecins-conseils titulaires d'un des trois régimes mentionnés aux 1° et 2° du présent alinéa, après avis du médecin-conseil régional du régime général de sécurité sociale.

## **Article R145-6**

La section des assurances sociales du conseil interrégional de l'ordre des sages-femmes comprend, outre son président, quatre assesseurs nommés par le préfet de la région où est situé le siège du conseil interrégional.

Deux assesseurs représentent l'ordre des sages-femmes. Ils sont nommés sur la proposition du conseil interrégional de l'ordre et choisis en son sein.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil régional du régime général de sécurité sociale, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical dans la région ;

2° Le second, sur proposition conjointe des responsables des services médicaux compétents dans la région, respectivement, du régime de protection sociale agricole et du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical dans ces régimes. A défaut d'accord entre ces responsables et après mise en demeure demeurée infructueuse, le préfet de région procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les médecins-conseils titulaires d'un des trois régimes mentionnés aux 1° et 2° du présent alinéa, après avis du médecin-conseil régional du régime général de sécurité

sociale.

## **Article R145-7**

I. - La section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins comprend, outre son président, quatre assesseurs.

Deux assesseurs représentent l'ordre des médecins. Ils sont nommés par le conseil national de l'ordre parmi les membres ou anciens membres des conseils de l'ordre.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale, parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux ;

2° Le second, sur proposition conjointe des responsables des services médicaux des régimes de protection sociale agricole et du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles, parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux chargés du contrôle médical. A défaut d'accord, après mise en demeure demeurée infructueuse, le ministre chargé de la sécurité sociale procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux titulaires d'un des trois régimes mentionnés aux 1° et 2° du présent alinéa, après avis du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.

II. - La section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes comprend, outre son président, quatre assesseurs.

Deux assesseurs représentent l'ordre des chirurgiens-dentistes. Ils sont nommés par le conseil national de l'ordre en son sein.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale, parmi les chirurgiens-dentistes-conseils chefs de service ;

2° Le second, sur proposition conjointe des responsables des services médicaux des régimes de protection sociale agricole et du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles, parmi les chirurgiens-dentistes-conseils chefs de service. A défaut d'accord, après mise en demeure demeurée infructueuse, le ministre chargé de la sécurité sociale procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les chirurgiens-dentistes-conseils chefs de service d'un des trois régimes mentionnés aux 1° et 2° du présent alinéa, après avis du

médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.

III. - La section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des sages-femmes comprend, outre son président, quatre assesseurs.

Deux assesseurs représentent l'ordre des sages-femmes. Ils sont nommés par le conseil national de l'ordre en son sein.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale, parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux ;

2° Le second, sur proposition conjointe des responsables des services médicaux des régimes de protection sociale agricole et du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles, parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux chargés du contrôle médical. A défaut d'accord, après mise en demeure demeurée infructueuse, le ministre chargé de la sécurité sociale procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux titulaires d'un des trois régimes mentionnés aux 1° et 2° du présent alinéa, après avis du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.

## **Article R145-8**

Les dispositions sur le contentieux du contrôle technique des médecins, prévues aux articles L. 145-1 à L. 145-3, L. 145-6 à L. 145-8, R. 145-15 à R. 145-27, sont applicables en cas de fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des auxiliaires médicaux à l'occasion de soins dispensés aux assurés sociaux.

Dans les affaires concernant les auxiliaires médicaux, l'un des assesseurs médecins de la section des assurances sociales du conseil régional de discipline de l'ordre des médecins est remplacé par un auxiliaire médical de la même catégorie que la personne concernée proposé par les syndicats les plus représentatifs de cette catégorie dans la région et nommé par le préfet de région.

A la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins, l'un des assesseurs médecins est remplacé par un auxiliaire médical de la même catégorie proposé par les groupements syndicaux d'auxiliaires médicaux les plus représentatifs de cette catégorie sur le plan national et nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R145-9**

Pour chaque assesseur titulaire représentant les différentes catégories professionnelles de praticiens

et de sages-femmes et les organismes d'assurance maladie, cinq assesseurs suppléants sont nommés dans les mêmes conditions que les assesseurs titulaires. Pour chaque assesseur titulaire représentant les différentes catégories professionnelles d'auxiliaires médicaux, deux assesseurs suppléants sont nommés dans les mêmes conditions que les assesseurs titulaires.

Dans les sections des assurances sociales des conseils régionaux de l'ordre des médecins qui ont à connaître un nombre important de requêtes, le nombre d'assesseurs suppléants peut être augmenté jusqu'à neuf. La liste des conseils régionaux concernés et le nombre d'assesseurs suppléants prévu pour chacun d'eux sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R145-10**

La section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre des pharmaciens comprend [\*composition\*] , en qualité de président, le président du tribunal administratif dans le ressort duquel se trouve le siège dudit conseil régional ou un conseiller délégué par lui et, d'une part, deux assesseurs désignés par le conseil régional de l'ordre des pharmaciens et choisis dans son sein, d'autre part, deux assesseurs représentant les organismes d'assurance maladie, l'un administrateur de caisse ou agent de direction, l'autre pharmacien, désignés par la caisse régionale d'assurance maladie des travailleurs salariés intéressée. En ce qui concerne le pharmacien, la désignation de la caisse régionale est faite après consultation du médecin-conseil régional. Les assesseurs ainsi désignés sont nommés par le préfet de région [\*autorité compétente\*].

La section des assurances sociales du conseil central de la section D de l'ordre des pharmaciens comprend, en qualité de président, le président du tribunal administratif de Paris ou un conseiller délégué par lui et, d'une part, deux assesseurs proposés par le conseil central de la section D de l'ordre des pharmaciens et choisis en son sein, d'autre part, deux assesseurs représentant les organismes de sécurité sociale, l'un administrateur de caisse ou agent de direction, l'autre pharmacien conseil, proposés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

La section des assurances sociales du conseil central de la section G comprend, en qualité de président, le président du tribunal administratif de Paris ou un conseiller délégué par lui et, d'une part, deux assesseurs proposés par le conseil central de la section G et choisis en son sein, d'autre part, deux assesseurs proposés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, l'un administrateur de caisse ou agent de direction, l'autre pharmacien conseil.

La section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des pharmaciens comprend, en qualité de président, 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 administrateur de caisse ou agent de direction, l'autre pharmacien conseil.

Les assesseurs prévus aux deuxième, troisième et quatrième alinéas du présent article sont nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R145-11**

Lorsque la section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre des pharmaciens statue en matière de prestations servies aux assurés sociaux agricoles, salariés ou non salariés, les assesseurs représentant les organismes d'assurance maladie sont remplacés par deux représentants des caisses de mutualité sociale agricole de la région, l'un administrateur de caisse ou agent de direction, l'autre pharmacien conseil, proposés par ces caisses et nommés par le préfet de région.

Pour les sections des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des pharmaciens et des conseils centraux de la section D et de la section G de cet ordre, ces deux assesseurs sont proposés par la caisse centrale de secours mutuels agricoles et nommés par le ministre chargé de l'agriculture.

### **Article R145-12**

Pour chaque assesseur titulaire représentant les pharmaciens et les caisses d'assurance maladie des travailleurs salariés et de mutualité sociale agricole, deux assesseurs suppléants sont nommés dans les mêmes conditions que les assesseurs titulaires.

### **Article R145-13**

Le siège et le secrétariat des sections des assurances sociales des conseils régionaux, interrégionaux et nationaux de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens et des sages-femmes sont ceux des conseils régionaux, interrégionaux et nationaux de ces ordres.

Le siège et le secrétariat de la section des assurances sociales des conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens sont ceux dudit conseil central.

### **Article R145-14**

Les sections régionales et nationales des assurances sociales des conseils des ordres doivent siéger au complet.

## **Section 3 : Procédure.**

### **Article R145-15**

La procédure devant les sections des assurances sociales est écrite, sans préjudice, devant la section du conseil régional ou interrégional, de la comparution des intéressés, qui peuvent se faire assister ou représenter dans les conditions prévues à l'article R. 145-20.

## **Article R145-16**

La procédure suivie devant les conseils régionaux ou interrégionaux des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens et des sages-femmes ou devant les conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens est également applicable devant les sections des assurances sociales de ces conseils sous les réserves ci-après.

## **Article R145-17**

Les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou interrégionaux des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes et les sections des assurances sociales des conseils régionaux et des conseils centraux de la section D et la section G de l'ordre des pharmaciens sont saisies, dans les cas prévus à l'article L. 145-1 et aux articles R. 145-1 et R. 145-8, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, adressée au secrétariat du conseil régional, interrégional ou du conseil central intéressé dans le délai de trois ans à compter de la date des faits.

Sauf en ce qui concerne les pharmaciens inscrits à la section D et à la section G de l'ordre des pharmaciens, la section des assurances sociales compétente est celle du conseil régional ou interrégional dans le ressort duquel le praticien, la sage-femme, l'auxiliaire médical ou le pharmacien exerce sa profession à la date de la saisine de la section.

## **Article R145-18**

Les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou interrégionaux des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes et les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou des conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens peuvent être saisies soit par les organismes d'assurance maladie, les caisses de mutualité sociale agricole ou les autres organismes assureurs, soit par les syndicats de praticiens, de sages-femmes, de pharmaciens ou d'auxiliaires médicaux, soit par les conseils départementaux des ordres intéressés.

Ces sections peuvent également être saisies par les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales et par les chefs de services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles ou leurs représentants.

Elles peuvent être également saisies :

1° En ce qui concerne le régime général, par le médecin-conseil national, les médecins-conseils régionaux et les médecins-conseils chefs des services du contrôle médical du ressort de chaque circonscription de caisse primaire d'assurance maladie ;



2° En ce qui concerne le régime agricole, par le médecin-conseil national, et les médecins-conseils chefs de service des échelons départementaux ou pluridépartementaux du contrôle médical ;

3° En ce qui concerne les autres régimes, par les médecins-conseils responsables du service du contrôle médical d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale.

## **Article R145-19**

Les plaintes et les mémoires produits sont déposés au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil compétent et doivent être accompagnés de copies certifiées conformes par le demandeur en nombre égal à celui des autres parties en cause, augmenté de deux.

Lorsque le nombre des copies n'est pas égal à celui des parties, le demandeur en est averti par le secrétariat qui lui fait connaître, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, que, si les productions complémentaires ne sont pas produites dans le délai de quinze jours à compter de la date de réception de cet avertissement, la plainte sera rejetée comme irrecevable.

En cas de nécessité, le président de la formation de jugement pourra exiger des parties intéressées la production des copies supplémentaires, sous la sanction prévue à l'alinéa précédent.

Lorsque les parties joignent des pièces à l'appui de leurs plaintes ou de leurs mémoires, ces pièces sont accompagnées de copies qu'elles certifient conformes, en nombre égal à celui des autres parties augmenté de deux. Toutefois, lorsque le nombre, le volume ou les caractéristiques des pièces font obstacle à la production de copies, les autres parties ou leurs mandataires en prennent connaissance au secrétariat et peuvent en prendre copie à leurs frais.

Les plaintes sont inscrites, à leur arrivée, sur le registre d'ordre qui est tenu par le secrétaire. Elles sont en outre marquées, ainsi que les pièces qui y sont jointes, d'un timbre indiquant la date de leur arrivée.

Les copies des plaintes et des mémoires produits sont communiquées, ainsi que les pièces jointes, sous réserve des dispositions du quatrième alinéa du présent article, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, aux parties intéressées. Celles-ci sont invitées, s'il y a lieu, à produire mémoire ou observations en défense dans le délai fixé par le président de la formation de jugement.

## **Article R145-20**

Les requérants sont admis en qualité de parties intéressées à se faire représenter aux débats ; les organismes soit par un de leurs administrateurs ou par leur représentant légal, soit par un avocat, soit, selon le cas, par un médecin conseil, un chirurgien-dentiste conseil ou un pharmacien conseil du régime intéressé, les syndicats soit par leur représentant légal, soit par un avocat, soit par un membre de la profession muni d'un mandat régulier.

Les praticiens, sages-femmes, pharmaciens ou auxiliaires médicaux intéressés peuvent se faire

assister ou représenter soit par un membre de leur profession inscrit au tableau ou dont le diplôme est régulièrement enregistré, soit par un avocat inscrit au barreau.

### **Article R145-21**

L'appel contre les décisions rendues par les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes et l'appel contre les décisions rendues par les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou des conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens sont formés, suivant le cas, devant la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins, du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes, du Conseil national de l'ordre des sages-femmes ou du Conseil national de l'ordre des pharmaciens.

Sous réserve des dispositions des sections 2, 3 et 4 du présent chapitre, la procédure respectivement suivie devant les sections disciplinaires des conseils nationaux est également applicable devant la section des assurances sociales de chacun de ces conseils.

Peuvent faire appel, outre les parties intéressées, les organismes d'assurance maladie, les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales, les chefs des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles, le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture.

L'appel doit être formé dans les trente jours qui suivent la notification de la décision attaquée [\*délai\*]. L'opposition est recevable dans les conditions prévues à l'article L. 426 du code de la santé publique.

### **Article R145-22**

Le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture peuvent, dans l'intérêt de la loi, faire appel, sans condition de délai, des décisions rendues par les sections des assurances sociales des conseils régionaux et interrégionaux de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes ou par les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou des conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens.

### **Article R145-23**

Si la section des assurances sociales du conseil régional ou interrégional de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou de l'ordre des sages-femmes ou si la section des assurances sociales du conseil régional ou des conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens ne s'est pas prononcée dans un délai d'un an à compter de la réception de la plainte, la section des assurances sociales du conseil national compétent peut, à l'expiration de ce délai, être saisie par les requérants. La juridiction de première instance est alors dessaisie à la date

d'enregistrement de la requête au conseil national.

Le point de départ du délai d'un an ainsi prévu est reporté, le cas échéant, à la date de réception de la confirmation de la plainte lorsque celle-ci a d'abord été formée à titre conservatoire, dans l'attente des propositions de la commission prévue à l'article L. 162-35.

## **Article R145-24**

Dans la quinzaine de leur prononcé, les décisions des sections des assurances sociales des conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes, de l'ordre des sages-femmes et de l'ordre des pharmaciens ou des conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens sont notifiées par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au praticien, à la sage-femme, au pharmacien ou à l'auxiliaire médical, au syndicat requérant, à l'organisme d'assurance maladie, à la caisse de mutualité sociale agricole, à l'organisme assureur et au praticien conseil requérants, au directeur régional des affaires sanitaires et sociales, au chef de service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles, au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé de l'agriculture et au conseil national de l'ordre intéressé.

La notification doit préciser le délai dans lequel l'appel et, le cas échéant, l'opposition peuvent être formés.

Font l'objet des mêmes notifications les décisions des sections des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins, du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes, du conseil national de l'ordre des sages-femmes et du conseil national de l'ordres des pharmaciens.

Les décisions rendues par les sections des assurances sociales des conseils régionaux, interrégionaux et nationaux de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes sont également notifiées de la même manière au conseil départemental ou interrégional dont relève le praticien ou la sage-femme poursuivis.

Les décisions rendues par les sections des assurances sociales des conseils régionaux de l'ordre des pharmaciens ou des conseils centraux de la section D et de la section G de cet ordre en première instance ainsi que celles de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des pharmaciens en appel sont notifiées dans les mêmes conditions au conseil régional ou au conseil central dont relève le pharmacien poursuivi.

Lorsque le médecin mis en cause est ressortissant de l'un des Etats membres de la Communauté européenne autres que la France, la décision de la section des assurances sociales du conseil régional et, le cas échéant, national de l'ordre des médecins est, en outre, notifiée à l'autorité compétente de l'Etat membre d'origine et à celle de l'Etat membre de provenance. Lorsqu'il s'agit d'un médecin français ou ressortissant de l'un des Etats membres de la Communauté européenne qui, au jour de la notification, s'est établi ou a demandé son établissement dans un des Etats membres de cette Communauté, la décision est, en outre, notifiée à l'autorité compétente de l'Etat membre d'accueil.

## **Article R145-25**

Lorsque l'assuré social auquel un praticien a dispensé des soins alors qu'il est privé du droit de le faire est un assuré social agricole salarié ou non-salarié, le remboursement auquel est tenu le praticien en application de l'article L. 145-3 doit être effectué à la caisse de mutualité sociale agricole ou à l'organisme assureur intéressé.

Lorsqu'il s'agit d'un ressortissant [\*non-salarié non-agricole\*] du régime d'assurance maladie et maternité prévu au titre Ier du livre VI, le remboursement doit être effectué à l'organisme assureur qui a servi les prestations.

## **Article R145-26**

Lorsque les décisions des sections des assurances sociales doivent faire l'objet d'une publication dans les cas prévus au dernier alinéa de l'article L. 145-2 et au dernier alinéa de l'article R. 145-2, celle-ci est effectuée par les soins des caisses d'assurance maladie des travailleurs salariés, des caisses de mutualité sociale agricole ou des organismes assureurs intéressés.

Dans les cas prévus au 2° du premier alinéa de l'article L. 145-2 et au 2° de l'article R. 145-2, les conditions dans lesquelles a lieu, le cas échéant, la publication sont déterminées par la juridiction. A défaut, les dispositions du précédent alinéa sont applicables.

## **Section 4 : Dispositions diverses.**

### **Article R145-27**

Les membres des sections des assurances sociales des conseils régionaux et interrégionaux de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes, des conseils régionaux et des conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens ainsi que les membres des sections des assurances sociales des conseils nationaux de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes, de l'ordre des sages-femmes et de l'ordre des pharmaciens sont astreints au secret professionnel dans les conditions prévues à l'article 226-13 du code pénal.

### **Article R145-28**

Il appartient aux sections des assurances sociales des conseils régionaux et interrégionaux de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes et aux sections des assurances sociales des conseils régionaux et des conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens ainsi qu'à la section des assurances sociales du conseil national de

chacun de ces ordres de fixer la répartition des frais entre les parties.

## **Article R145-29**

Un décret fixe, dans les conditions prévues par l'article 4 du décret n° 48-1108 du 4 juillet 1948, le montant des indemnités et frais alloués aux présidents des sections des assurances sociales des conseils régionaux et interrégionaux des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des pharmaciens et des conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens.

## **Chapitre 7 : Pénalités**

### **Section 1 : Dispositions générales**

#### **Sous-section 1 : Dispositions communes**

##### **Article R147-1**

I.-Sous réserve des dispositions du II et des alinéas suivants, l'organisme local d'assurance maladie compétent pour mener la procédure et prononcer la pénalité financière mentionnées à l'article L. 162-1-14 est celui qui a ou aurait supporté l'indu ou le préjudice résultant des abus, fautes ou fraudes en cause.

En l'absence d'indu ou de préjudice ou, le cas échéant, par dérogation à l'alinéa précédent, l'organisme compétent est celui :

1° Dans lequel les contrôles, la procédure de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 ou la bonne gestion des services ou du contrôle médical ont été affectés ou empêchés ;

2° Dans le ressort duquel exerce, à titre principal, le professionnel qui a récidivé après deux périodes de mise sous accord préalable telle que prévue à l'article L. 162-1-15 ;

3° Dans le ressort duquel exerce, à titre principal, le professionnel visé au 8° du II de l'article L. 162-1-14 ;

4° Auquel est affilié l'assuré pour lequel l'employeur n'a pas respecté les obligations mentionnées à l'article R. 147-7 ;

5° Auquel est rattaché le bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé, de l'aide médicale de l'Etat ou de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé pour des faits mentionnés aux 3° et 4° du II de l'article L. 162-1-14 ;

II.-Lorsque des faits de même nature, commis par l'une des personnes mentionnées au premier alinéa du VI de l'article L. 162-1-14, ont causé un préjudice à plusieurs organismes locaux d'assurance maladie, les organismes compétents conformément aux règles énoncées au I peuvent mandater l'un d'entre eux pour mener l'ensemble de la procédure.

Le mandat, établi individuellement par chacun des organismes mandant ou collectivement, précise les faits incriminés et l'identité de la personne en cause.

Lorsqu'il est fait usage de cette possibilité de mandat, le directeur de l'organisme mandaté saisit la commission compétente à son égard de l'ensemble des faits, sans distinction.

L'organisme mandaté prononce la pénalité, recouvre et conserve la totalité de son montant au titre de ses frais de gestion, sauf mention contraire dans le ou les mandats.

III.-La délégation de constitution et de gestion prévue au second alinéa du VI de l'article L. 162-1-14 donne lieu à l'établissement d'une convention approuvée par les conseils ou conseils d'administration des organismes concernés et conforme à une convention type établie par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. La convention précise notamment quelles formations de la commission sont concernées, sa durée, ainsi que les modalités d'indemnisation de l'organisme assurant la gestion de la ou des commissions déléguées. Lorsqu'il est fait usage de cette possibilité de délégation, la commission mentionnée à l'article R. 147-3 devient, à l'égard de l'organisme compétent en vertu des règles définies au I, la commission délégataire, le reste de la procédure étant inchangé.

Sauf mention contraire dans la convention :

1° La reconduction de la convention est tacite ;

2° La commission délégataire est constituée des mêmes membres que la commission de l'organisme qui la met en place et en assure la gestion. Elle se confond alors avec cette dernière sans qu'il soit nécessaire de procéder aux nominations prévues aux articles R. 147-3 et R. 147-4.

Tout organisme d'assurance maladie peut recourir à cette délégation dès lors que l'organisme assurant la gestion de la commission délégataire a son siège situé dans la même région administrative. Cet organisme ne peut, tant qu'il est soumis à la convention susmentionnée, déléguer à son tour la gestion de la ou des formations concernées de la commission.

## **Article R147-2**

I.-Lorsqu'il a connaissance de faits susceptibles de faire l'objet de la pénalité financière mentionnée à l'article L. 162-1-14, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie adresse à la personne physique ou morale en cause la notification prévue à cet article par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. Lorsque ces faits ont donné lieu à l'engagement de la procédure mentionnée à l'article L. 315-1, la notification ne peut intervenir qu'à l'issue de cette procédure. Cette notification précise les faits reprochés et le montant de la pénalité encourue et indique à la personne en cause qu'elle dispose d'un délai d'un mois à compter de sa réception pour demander à être entendue, si elle le souhaite, ou pour présenter des observations écrites.

Lorsque la procédure de sanction est engagée à l'encontre d'un établissement de santé ou d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie en informe simultanément le directeur général de l'agence régionale de santé.

A l'issue du délai d'un mois à compter de la notification ou après audition de la personne en cause, si celle-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, le directeur peut :

1° Soit décider d'abandonner la procédure. Dans ce cas, il en informe ladite personne dans les meilleurs délais ;

2° Soit, dans un délai de quinze jours, prononcer un avertissement, sauf si les faits relèvent des cas prévus aux 3° et 4° du II de l'article L. 162-1-14. L'avertissement précise les voies et délais de recours. Il en informe simultanément la commission prévue à l'article L. 162-1-14 ;

3° Soit, dans un délai de quinze jours, saisir la commission mentionnée au V de l'article L. 162-1-14 et lui communiquer les griefs et, s'ils existent, les observations écrites de la personne en cause ou le procès-verbal de l'audition. Il en informe simultanément cette personne et lui indique qu'elle aura la possibilité, si elle le souhaite, d'être entendue par la commission.

Les informations communiquées à la commission ne doivent comporter aucune mention nominative ou susceptible de permettre l'identification d'une personne dans des conditions de nature à porter atteinte au secret médical.

II.-Après que le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou son représentant, accompagné le cas échéant par un représentant du service du contrôle médical, a présenté ses observations, et après avoir entendu, le cas échéant, la personne en cause, la commission rend un avis motivé, portant notamment sur la matérialité et la gravité des faits reprochés, la responsabilité de la personne et le montant de la pénalité ou de chacune des pénalités susceptible d'être appliquée.

La commission doit adresser son avis au directeur de l'organisme local ainsi qu'à la personne en cause dans un délai maximum de deux mois à compter de sa saisine. Ce délai peut être augmenté d'une durée ne pouvant excéder un mois si la commission estime qu'un complément d'information est nécessaire. Si la commission ne s'est pas prononcée au terme du délai qui lui est imparti, l'avis est réputé rendu.

Lors des auditions mentionnées au présent article, la personne en cause peut se faire assister ou se faire représenter par la personne de son choix.

III.-A compter de la réception de l'avis de la commission ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu, le directeur peut :

1° Soit décider d'abandonner la procédure, auquel cas il en informe ladite personne dans les meilleurs délais ;

2° Soit décider de poursuivre la procédure, auquel cas il dispose d'un délai de quinze jours pour saisir le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'une demande d'avis conforme, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, en précisant les éléments prévus dans la notification mentionnée au I et le montant de la pénalité envisagée. A défaut de saisine dans le délai imparti, la procédure est réputée abandonnée.

Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou son représentant dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la demande pour formuler son avis. Il le transmet au directeur de l'organisme local d'assurance maladie par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. Si le directeur général ne s'est pas prononcé dans ce délai, son avis est réputé favorable.

Si l'avis du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est défavorable, la procédure est abandonnée. Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie en informe la personne en cause dans les meilleurs délais.

Si l'avis du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est favorable, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie dispose d'un délai de quinze jours pour notifier la pénalité à la personne en cause par une décision motivée et par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception. Il en adresse une copie à la commission à titre d'information. A défaut de notification dans le délai imparti, la procédure est réputée abandonnée.

Cette notification de payer précise la cause, la nature, le montant des sommes réclamées au titre de la pénalité ou de chacune des pénalités prononcées et mentionne l'existence d'un délai d'un mois, à

partir de sa réception, impartie au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées, ainsi que les voies et les délais de recours.

A défaut de paiement dans ce délai, la mise en demeure prévue au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14 est adressée, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Elle comporte les précisions relatives aux sommes réclamées mentionnées à l'alinéa précédent, les voies et délais de recours ainsi que l'existence d'un nouveau délai d'un mois, à partir de sa réception, impartie au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées. Elle indique en outre l'existence et le montant de la majoration de 10 % prévue au même septième alinéa, appliquée en l'absence de paiement dans ce délai.

L'envoi de la mise en demeure prévue à l'alinéa précédent doit intervenir dans un délai de deux ans à compter de la notification prévue au 2° du présent III.

L'action se prescrit selon les modalités prévues aux articles 2224 et suivants du code civil.

Les dispositions du III et du IV de l'article R. 133-9-1 du présent code et des articles R. 725-8 à R. 725-10 du code rural et de la pêche maritime sont applicables pour le recouvrement des pénalités non acquittées mentionnées à l'article L. 162-1-14.

IV.-Lorsque l'un des courriers mentionnés au premier alinéas du I, et aux troisième et cinquième alinéas du III est présenté par un agent assermenté mentionné à l'article L. 114-10 et refusé par la personne en cause, cet agent assermenté dépose, si cela est possible, le courrier dans la boîte à lettres de la personne et consigne les faits dans un procès-verbal. Le courrier est réputé réceptionné à la date d'établissement du procès-verbal.

### **Article R147-3**

La commission mentionnée à l'article L. 162-1-14 est composée de cinq membres issus du conseil de l'organisme local d'assurance maladie compétent pour prononcer la pénalité et désignés par lui en tenant compte de la répartition des sièges entre les différentes catégories représentées en son sein.

Le conseil de l'organisme local nomme cinq représentants de chaque profession de santé, des fournisseurs et autres prestataires de service, des laboratoires de biologie médicale, sur proposition de l'instance paritaire prévue par la convention nationale mentionnée aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 322-5, L. 322-5-2, L. 162-16-1 et L. 165-6 au niveau départemental, ou à défaut au niveau régional :

En l'absence d'instance paritaire conventionnelle, les représentants des professions de santé, des laboratoires de biologie médicale, des fournisseurs et des autres prestataires de services sont proposés par les organisations syndicales représentatives. Les sièges de représentants sont attribués aux organisations syndicales en fonction de leurs effectifs établis par la dernière enquête de représentativité mentionnée à l'article L. 162-33. A défaut de proposition dans le mois qui suit la demande adressée aux organisations syndicales représentatives par le conseil de l'organisme, le préfet arrête les noms de ces représentants.

Le conseil de l'organisme local tel que défini à l'article R. 147-1 nomme cinq représentants des établissements de santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les représentants dans la région des organisations nationales représentatives des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b, c et d de l'article L. 162-22-6 sur proposition des organisations nationales représentatives de ces établissements.

Le conseil de l'organisme local défini à l'article R. 147-1 nomme cinq représentants des



établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés à l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les représentants dans la région des organisations nationales représentatives desdits établissements sur proposition de ces organisations.

Les membres de la commission sont nommés pour la durée du mandat du conseil.

Ne peuvent être membres d'une commission, pour une durée de cinq ans, ni le demeurer, les personnes ayant fait l'objet d'une condamnation par une juridiction pénale ou ordinaire, du prononcé d'une sanction conventionnelle ou d'une pénalité devenues définitives.

Le président de la commission est élu par ses membres. Les représentants des professionnels de santé, des établissements de santé, des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des laboratoires de biologie médicale, des fournisseurs et des autres prestataires de services prennent part à l'élection du président de la formation de la commission à laquelle ils participent.

Les membres de la commission ne peuvent siéger lorsqu'ils ont un intérêt personnel ou direct à l'affaire qui est examinée ou lorsqu'ils font l'objet d'une plainte déposée par un organisme d'assurance maladie, d'une action devant une juridiction ordinaire à l'initiative d'un organisme d'assurance maladie, d'une procédure conventionnelle, d'une pénalité ou d'une mise sous accord préalable prévue aux articles L. 162-1-15 et L. 162-1-17.

Des suppléants en nombre égal au nombre de titulaires sont désignés dans les mêmes conditions que ceux-ci. Ils siègent lorsque les membres titulaires dont ils sont les suppléants sont empêchés ou intéressés par une affaire.

Le remplacement d'un membre de la commission, en cas de cessation de fonctions au cours du mandat, s'effectue dans les mêmes conditions que sa nomination et pour la durée du mandat qui reste à courir.

La commission ne peut donner son avis que si sont au moins présents :

-trois de ses membres, lorsqu'elle siège sans la présence de représentants des professionnels de santé ou des établissements de santé ou des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ou des fournisseurs, ou des autres prestataires de services, ou des laboratoires de biologie médicale ;

-six de ses membres, lorsque ces représentants y participent.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations.

## **Article R147-4**

Lorsque les faits justifiant l'engagement de la procédure de sanction sont relatifs à l'assurance contre les accidents du travail des personnes non salariées agricoles affiliées au groupement prévu à l'article L. 752-14 du code rural et de la pêche maritime ou à l'assurance maladie de celles affiliées aux groupements institués en application de l'article L. 731-31 du même code, la commission mentionnée à l'article R. 147-4 du présent code est constituée au sein de chaque groupement et est composée de cinq membres du conseil d'administration de ce groupement.

Lorsqu'une pénalité est susceptible d'être prononcée à l'encontre d'un professionnel de santé, d'un fournisseur ou autre prestataire de services, ou d'un laboratoire de biologie médicale, cinq

représentants de la même profession participent à la commission. Ils sont nommés par le directeur du groupement parmi des représentants, pour chaque profession, des organisations syndicales les plus représentatives.

Lorsqu'une pénalité est envisagée à l'encontre d'un établissement de santé, cinq représentants des établissements de santé participent à la commission. Ils sont nommés par le directeur du groupement parmi les organisations nationales représentatives des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b, c et d de l'article L. 162-22-6, sur proposition de ces organisations.

## **Article R147-5**

I.-Sous réserve de dispositions particulières prévues aux sous-sections suivantes ainsi qu'à la section 2 du présent chapitre, les pénalités financières se cumulent entre elles. Toutefois, sous la même réserve, lorsqu'un même fait ou un même comportement peut relever simultanément de plusieurs des cas mentionnés au présent chapitre, seule la pénalité la plus élevée est encourue.

II.-Les sommes prises en compte pour le calcul des pénalités sont les sommes indûment présentées au remboursement ou indûment prises en charge par un organisme d'assurance maladie ainsi que, le cas échéant, par l'un des organismes mentionnés à l'article L. 861-4 ou par l'Etat, s'agissant des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé ou de l'aide médicale de l'Etat.L'organisme d'assurance maladie prononce la pénalité et en conserve le montant.

III.-Les taux, plafonds et montants maximaux de pénalités précisés au présent chapitre sont doublés pour des faits identiques ayant déjà fait l'objet d'une pénalité ou d'un avertissement notifié par un directeur d'organisme local d'assurance maladie quel qu'il soit au cours des trois années précédant la date de la notification des faits reprochés, mentionnée au premier alinéa de l'article R. 147-2.

## **Sous-section 2 : Les pénalités financières prononcées à l'égard des bénéficiaires**

### **Article R147-6**

Peuvent faire l'objet d'une pénalité les personnes mentionnées au 1° du I de l'article L. 162-1-14 :

1° Qui, dans le but d'obtenir, de faire obtenir ou de majorer un droit aux prestations d'assurance maladie, d'invalidité, d'accident de travail, de maternité, de maladie professionnelle ou de décès ou un droit à la protection complémentaire en matière de santé, à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ou à l'aide médicale de l'Etat :

a) Fournissent de fausses déclarations relatives à l'état civil, la résidence, la qualité d'assuré ou d'ayant droit ou les ressources ;

b) Omettent de déclarer la modification d'une ou plusieurs de ces mêmes déclarations.

Lorsque ces faits conduisent simultanément à l'attribution ou au maintien injustifié de droits à l'assurance maladie et à la protection complémentaire en matière de santé, ou à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, il ne peut être engagé qu'une seule procédure au titre de l'article R. 147-2 ;

2° Qui dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage injustifié :

a) Procèdent à la falsification, y compris par surcharge, à la duplication, au prêt ou à l'emprunt, de tout document conditionnant la prise en charge d'un acte, produit ou prestation, ou à l'utilisation de

documents volés de même nature ;

b) Abusent de leur qualité d'assuré social ou de bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat pour obtenir des produits de santé sans lien avec leur état de santé ;

c) Se font rembourser une prestation alors qu'ils font l'objet d'un refus de prise en charge au titre de l'article L. 315-2 ;

d) Obtiennent la suppression de la participation prévue aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 par le non-respect du protocole prévu à l'article L. 324-1 ;

e) Ne respectent pas le caractère personnel de la carte mentionnée à l'article L. 161-31 et les obligations qui en découlent, prévues notamment aux articles R. 161-33-3 et R. 161-33-7 ;

f) Ne respectent pas, pour bénéficier d'indemnités journalières, la condition prévue au 5° de l'article L. 321-1 et au 2° de l'article L. 431-1 d'être dans l'incapacité de continuer ou de reprendre son travail sous réserve des dispositions de l'article L. 323-3 et du troisième alinéa de l'article L. 433-1 ;

3° Ayant empêché ou tenté d'empêcher l'exercice des activités de contrôle d'un organisme d'assurance maladie par le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, 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, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle ou de l'enquête tels que prévus aux articles L. 315-1 et L. 114-9 à L. 114-21.

## **Article R147-6-1**

La pénalité prononcée au titre de l'article R. 147-6 est fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés et s'ils ne relèvent pas d'une fraude au sens des articles R. 147-11 et R. 147-12, à un montant maximum égal à :

1° 50 % des sommes définies au II de l'article R. 147-5, pour les cas prévus au 2° de l'article R. 147-6. Ce montant ne peut excéder le plafond mensuel de la sécurité sociale ;

2° Une fois le plafond mensuel lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 1° de l'article R. 147-6 ;

3° La moitié du plafond mensuel lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 3° de l'article R. 147-6. Cette pénalité est prononcée sans préjudice de celles éventuellement dues au titre des faits dont la personne en cause tentait d'empêcher le contrôle.

## **Sous-section 3 : Les pénalités financières prononcées à l'égard des employeurs**

### **Article R147-7**

Peuvent faire l'objet d'une pénalité les employeurs :

1° Qui portent des indications erronées sur les attestations mentionnées aux articles R. 323-10 et R. 441-4, ayant pour conséquence la majoration du montant des indemnités journalières servies ;

2° Dont la responsabilité a été reconnue dans le bénéfice irrégulier par un assuré d'indemnités journalières ;

3° Qui n'ont pas procédé à la déclaration d'accident du travail prévue à l'article L. 441-2 selon les modalités prévues aux articles R. 441-1, R. 441-2 et R. 441-4 ;

4° Qui n'ont pas respecté l'obligation de remise de la feuille d'accident prévue à l'article L. 441-5.

### **Article R147-7-1**

La pénalité prononcée au titre de l'article R. 147-7 est fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés et s'ils ne relèvent pas d'une fraude au sens des articles R. 147-11 et R. 147-12, à un montant maximum égal à :

1° 50 % des sommes définies au II de l'article R. 147-5, dans les cas prévus aux 1° et 2° de l'article R. 147-7 ;

2° Une fois le plafond mensuel de sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 3° de l'article R. 147-7 ;

3° Une fois le plafond mensuel de sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 4° de l'article R. 147-7.

## **Sous-section 4 : Les pénalités financières prononcées à l'égard des professionnels de santé, fournisseurs et prestataires de services, et laboratoires de biologie médicale**

### **Article R147-8**

Peuvent faire l'objet d'une pénalité les professionnels de santé libéraux, fournisseurs et prestataires de services, laboratoires de biologie médicale et praticiens statutaires à temps plein des établissements publics de santé dans le cadre de leur activité libérale :

1° Ayant obtenu ou tenté d'obtenir, pour eux-mêmes ou pour un tiers, le versement d'une somme ou le bénéfice d'un avantage injustifié en ayant :

a) Présenté ou permis de présenter au remboursement des actes ou prestations non réalisés ou des produits ou matériels non délivrés ;

b) Procédé au détournement de l'usage d'une des cartes mentionnées à l'article L. 161-31 et L. 161-33 ;

2° N'ayant pas respecté les conditions de prise en charge des actes produits ou prestations soumis au remboursement dans les cas suivants :

a) Non-respect des conditions de prise en charge ou prescription prévues lors de l'inscription au remboursement par l'assurance maladie des actes, produits ou prestations mentionnés aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1, ou des conditions prévues à l'article L. 322-5, y compris les règles prises pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 315-2, ou encore les non-respects des conditions de prescriptions spécifiques prévues aux articles L. 4141-2, L. 4151-4, L. 4321-1, L. 4311-1 et L. 4362-10 du code de la santé publique ;

b) Non-respect, de manière répétée, de l'obligation prévue par les 1°, 2° et 3° de l'article L. 162-4, étendu par l'article L. 162-8, de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent en dehors des indications ouvrant droit à prise en charge ;

c) Non-respect, de manière répétée, des obligations prévues à l'article L. 162-4-2, pour le

prescripteur, de mentionner le nom du pharmacien chargé de délivrer les soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif et, pour le pharmacien, de ne procéder à la délivrance que si son nom est mentionné sur la prescription s'agissant des soins ou traitement en cause ;

d) Non-respect, de manière répétée, de l'obligation faite au pharmacien par l'article R. 162-20-6, reprenant l'article R. 5123-3 du code de la santé publique, de délivrer le conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur l'ordonnance ;

e) Utilisation abusive de la feuille d'accident prévue à l'article L. 441-5 consistant dans l'inscription sur celle-ci d'actes ou de délivrances ne relevant pas du livre IV ;

f) Non-respect, de manière répétée, de l'obligation de conformité des prescriptions avec le protocole mentionné à l'article L. 324-1 ;

g) Non-respect du mode de transport prescrit en application des articles L. 322-5 et R. 322-10-1 ou des modalités de facturation des frais de transport mentionnés aux articles R. 322-10-2 à R. 322-10-7 ;

h) Facturation par une entreprise de transports sanitaires terrestres réalisés avec des moyens en véhicules et en personnels non conformes aux dispositions des articles R. 6312-14 et R. 6312-10 du code de la santé publique ;

i) Facturation par une entreprise de taxi à l'assurance maladie de transports réalisés sans être titulaire d'une autorisation de stationnement sur la voie publique ou d'une carte professionnelle en cours de validité ;

j) Abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ;

3° Ayant empêché ou tenté d'empêcher l'exercice des activités de contrôle d'un organisme d'assurance maladie par le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, 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, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle, de l'enquête ou de la mise sous accord préalable prévus aux articles L. 315-1, L. 114-9 à L. 114-21 et L. 162-1-15. Il en va de même lorsqu'il aura été établi qu'une ou plusieurs méconnaissances des formalités administratives liées aux délais d'envoi des documents ouvrant droit à prise en charge prévus à la sous-section 4 de la section 4 du chapitre Ier du titre VI du livre Ier a ou a eu pour objet de limiter les possibilités de contrôle de l'organisme d'assurance maladie ;

4° N'ayant pas respecté, de manière répétée, les formalités administratives suivantes :

a) Les formalités prévues à la sous-section 4 de la section 4 du chapitre Ier du titre VI du livre Ier relatives aux modalités de présentation des documents auxquels sont subordonnées la constatation des soins et l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie, lorsqu'ils ne relèvent pas du cas mentionné à la dernière phrase du 3° ;

b) L'obligation prévue au 4° de l'article L. 162-4 étendu par l'article L. 162-8 de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent en application de l'article L. 321-1 ;

c) L'obligation de faire figurer sur la feuille d'accident prévue à l'article L. 441-5 les actes accomplis au titre du livre IV ;

d) L'obligation prévue à l'article L. 162-4-1 de mentionner, sur les documents produits en

application de l'article L. 161-33 et destinés au service du contrôle médical, les éléments d'ordre médical justifiant les arrêts de travail, y compris les heures de sortie, et les transports qu'ils prescrivent ;

e) L'obligation prévue à l'article R. 5132-13 du code de la santé publique d'apposer sur l'ordonnance les mentions relatives aux délivrances des médicaments relevant des listes I et II et des médicaments stupéfiants ;

5° Pour lesquels l'organisme aura constaté, après deux périodes de mise sous accord préalable telles que définies à l'article L. 162-1-15, un niveau de prescriptions ou de réalisations du même acte, produit ou prestation ou groupe d'actes, produits ou prestations, significativement supérieur à la moyenne régionale et pour une activité comparable.

Si, après une nouvelle période de mise sous accord préalable suivant la pénalité prononcée au titre de l'alinéa précédent, il est constaté un niveau de prescription ou de réalisation du même acte, produit ou prestation ou groupe d'actes, produits ou prestations, à nouveau significativement supérieur à la moyenne régionale et pour une activité comparable, les faits sont considérés réalisés en état de récidive telle que prévue à l'article R. 147-5 ;

6° Pour lesquels il aura été constaté, dans les conditions prévues à l'article R. 148-6, que l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu à l'article L. 162-1-15 n'a pas été atteint.

## **Article R147-8-1**

I.-La pénalité prononcée au titre du 1° au 5° de l'article R. 147-8 est fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés et s'ils ne relèvent pas d'une fraude au sens des articles R. 147-11 et R. 147-12, à un montant maximum égal à :

1° 50 % des sommes définies au II de l'article R. 147-5, pour les faits relevant des 1° et 2° de l'article R. 147-8 ;

2° Une fois le plafond mensuel de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 3° de l'article R. 147-8 susvisé ; cette pénalité est prononcée sans préjudice de celles éventuellement dues au titre des faits dont la personne en cause tentait d'empêcher le contrôle ;

3° La moitié du plafond mensuel de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 4° de l'article R. 147-8 ;

4° Une fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les faits mentionnés au 5° de l'article R. 147-8. Cette sanction n'est pas exclusive d'une nouvelle période de mise sous accord préalable telle que prévue à l'article L. 162-1-15 qui peut être prononcée au cours de la même procédure.

II. - La pénalité prononcée au titre du 6° de l'article R. 147-8 est fixée, en tenant compte de l'importance du niveau de non-réalisation de l'objectif et de tous les éléments relatifs à la pratique du médecin pendant la période concernée, à un maximum de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Cette sanction est infligée indépendamment d'une mise sous accord préalable du praticien qui peut être prononcée pour les mêmes faits.

III.-L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent chapitre et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner l'inobservation des mêmes règles.

## **Sous-section 5 : Les pénalités financières prononcées à l'égard des établissements de santé**

### **Article R147-9**

Peuvent faire l'objet d'une pénalité les établissements de santé :

1° Ayant obtenu ou tenté d'obtenir, pour eux-mêmes ou pour un tiers, le versement d'une somme ou le bénéfice d'un avantage injustifié en cas :

- a) De facturation d'actes ou de prestations de soins de suite ou de réadaptation, de psychiatrie ou de soins de longue durée, non réalisés ;
- b) De facturation d'un acte, produit ou prestation déjà pris en charge par l'une des dotations mentionnées aux articles L. 174-1 et L. 162-22-13 ou par le forfait annuel prévu à l'article L. 162-22-8 ;

2° N'ayant pas respecté les conditions de prise en charge des actes produits ou prestations soumis au remboursement en cas :

- a) De manquement aux règles de facturation et de cotation des actes et prestations de soins de suite ou de réadaptation, de psychiatrie ou de soins de longue durée ;
- b) D'inobservation des règles de prise en charge mentionnées à l'article L. 162-1-7, sous réserve des dispositions du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 ;

3° Ayant empêché ou tenté d'empêcher l'exercice des activités de contrôle d'un organisme d'assurance maladie par le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, émanant d'un organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle, de l'enquête ou de la mise sous accord préalable prévus aux articles L. 315-1, L. 114-9 à L. 114-21 et L. 162-1-17 ;

4° N'ayant pas respecté les formalités administratives de facturation, notamment les formalités prévues à la section 4 du chapitre Ier du titre VI du livre Ier relatives aux modalités de présentation des documents auxquels sont subordonnées la constatation des soins et l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie ou n'ayant pas respecté, de manière répétée, l'obligation faite à tout établissement de santé délivrant des médicaments relevant des listes I et II et des médicaments stupéfiants d'apposer sur l'ordonnance les mentions relatives aux délivrances telles que prévues à l'article R. 5132-13 du code de la santé publique. ;

5° Pour les faits mentionnés à l'article R. 147-8 du fait de leurs salariés.

### **Article R147-9-1**

La pénalité prononcée au titre de l'article R. 147-9 est fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés et s'ils ne relèvent pas d'une fraude au sens des articles R. 147-11 et R. 147-12, à un montant maximum égal à :

1° 50 % des sommes définies au II de l'article R. 147-5, pour les faits relevant des 1° et 2° de l'article R. 147-9 ;

2° Deux fois le plafond de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 3° de l'article R. 147-9. Cette pénalité est prononcée sans préjudice de celles

éventuellement dues au titre des faits dont la personne en cause tentait d'empêcher le contrôle ;

3° Une fois le plafond de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 4° de l'article R. 147-9 ;

Pour les faits relevant du 5° de l'article R. 147-9, le montant de la pénalité est calculé selon les modalités définies à l'article R. 147-8-1.

## **Sous-section 6 : Les pénalités financières prononcées à l'égard des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**

### **Article R147-10**

Peuvent faire l'objet d'une pénalité les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes :

1° Qui ne respectent pas le caractère forfaitaire de la prise en charge des actes, prestations et produits couverts par le forfait de soins partiel ou global du tarif journalier mentionné à l'article R. 314-167 du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'il aura été constaté des facturations individuelles répétées de prestations d'assurance maladie déjà couvertes par les forfaits susmentionnés ;

2° Ayant empêché ou tenté d'empêcher l'exercice des activités de contrôle d'un organisme d'assurance maladie par le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive, à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, émanant d'un organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle ou de l'enquête tels que prévus aux articles L. 315-1 et L. 114-9 à L. 114-21. Il en va de même en cas de non-respect des dispositions de l'article R. 314-169 du code de l'action sociale et des familles lorsque la liste prévue audit article est expressément réclamée dans le cadre d'un contrôle de l'activité de l'établissement ou des professionnels libéraux qui y interviennent ;

3° N'ayant pas respecté les formalités administratives relatives à :

a) La transmission des éléments prévus à l'article R. 314-169 du code de l'action sociale et des familles, dès lors que ladite transmission n'a pas été effectuée dans un délai de quinze jours après relance par le directeur de l'organisme local concerné et que le manquement ne relève pas du cas mentionné à la dernière phrase du 2 ;

b) L'obligation d'établir la demande de prise en charge prévue à l'article R. 174-15 ;

4° Pour les faits mentionnés à l'article R. 147-8 du fait de leurs salariés.

### **Article R147-10-1**

La pénalité prononcée au titre de l'article R. 147-10-1 est fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés et s'ils ne relèvent pas d'une fraude des articles R. 147-11 et R. 147-12, à un montant maximum égal à :

1° 50 % des sommes définies au II de l'article R. 147-5, pour les cas relevant du 1° de l'article R. 147-10 ;



2° Deux fois le plafond de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 2° de l'article R. 147-10. Cette pénalité est prononcée sans préjudice de celles éventuellement dues au titre des faits dont la personne en cause tentait d'empêcher le contrôle ;

3° Une fois le plafond de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 3° de l'article R. 147-10.

Pour les faits relevant du 4° de l'article R. 147-10, le montant de la pénalité est calculé selon les modalités définies à l'article R. 147-8-1.

## **Section 2 : Dispositions particulières aux cas de fraude**

### **Sous-section 1 : Dispositions communes en cas de fraude**

#### **Article R147-11**

Sont qualifiés de fraude, pour l'application de l'article L. 162-1-14, les faits commis dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée au préjudice d'un organisme d'assurance maladie ou, s'agissant de la protection complémentaire en matière de santé, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ou de l'aide médicale de l'Etat, d'un organisme mentionné à l'article L. 861-4 ou de l'Etat, y compris dans l'un des cas prévus aux sections précédentes, lorsque aura été constatée l'une des circonstances suivantes :

1° L'établissement ou l'usage de faux, la notion de faux appliquée au présent chapitre étant caractérisée par toute altération de la vérité sur toute pièce justificative, ordonnance, feuille de soins ou autre support de facturation, attestation ou certificat, sous forme écrite ou électronique, ayant pour objet ou pouvant avoir pour effet de permettre l'obtention de l'avantage ou de la prestation en cause ;

2° La falsification, notamment par surcharge, la duplication, le prêt ou l'emprunt d'un ou plusieurs documents originairement sincères ou enfin l'utilisation de documents volés de même nature ;

3° L'utilisation par un salarié d'un organisme local d'assurance maladie des facilités conférées par cet emploi ;

4° Le fait d'avoir bénéficié, en connaissance de cause, des activités d'une bande organisée au sens de la sous-section 2, sans y avoir activement participé.

Est également constitutive d'une fraude au sens de la présente section la facturation répétée d'actes ou prestations non réalisés, de produits ou matériels non délivrés.

#### **Article R147-11-1**

Le montant de la pénalité encourue est porté au double des sommes définies au II de l'article R. 147-5. Si le comportement frauduleux n'a pas généré de tels indus, le montant maximum de la pénalité est égal à quatre fois le plafond de la sécurité sociale. Le plafond prévu au 1° de l'article R. 147-6-1 n'est plus applicable et la pénalité prononcée au titre des faits prévus à la présente section ne peut être inférieure aux montants prévus au 3° du VII de l'article L. 162-1-14.

#### **Article R147-11-2**

Le directeur de l'organisme, s'il ne requiert pas l'avis de la commission, dispose d'un délai de quinze jours à l'issue du délai d'un mois prévu au premier alinéa du I de l'article R. 147-2 pour prononcer la pénalité et procéder à la notification prévue au 2° du III du même article. Il adresse à la commission la copie de ladite notification pour information.

S'il décide de solliciter l'avis de la commission, le délai de deux mois prévu au deuxième alinéa du II de l'article R. 147-2 est réduit à quinze jours sans qu'un délai supplémentaire puisse être accordé et le directeur dispose d'un délai de quinze jours suivant réception de l'avis pour prononcer la pénalité et procéder à sa notification.

Le délai prévu au III de l'article R. 147-5 est porté à cinq ans.

## **Sous-section 2 : La fraude en bande organisée**

### **Article R147-12**

Est qualifié de fraude commise en bande organisée, pour l'application de l'article L. 162-1-14, tout fait par lequel deux ou plusieurs acteurs s'entendent pour agir de façon organisée dans le but conscient et commun d'en retirer directement ou indirectement un profit matériel ou financier, un avantage ou un bénéfice au préjudice d'un organisme d'assurance maladie ou, s'agissant des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé ou de l'aide médicale de l'Etat, respectivement d'un organisme mentionné à l'article L. 861-4 ou de l'Etat.

### **Article R147-12-1**

Peut faire l'objet d'une pénalité toute personne dont la responsabilité aura été établie dans la réalisation d'une fraude en bande organisée au sens de l'article R. 147-12 ou qui aura sciemment fourni les moyens de sa réalisation.

### **Article R147-12-2**

Lorsqu'il a connaissance de faits relevant de la présente sous-section et qu'il envisage la mise en œuvre de la procédure des pénalités à ce titre, le directeur de l'organisme local en informe le directeur de l'union prévue à l'article L. 182-2 ou son représentant désigné à cet effet.

Celui-ci recueille les éléments qu'il estime nécessaires et, dans le cas où plusieurs organismes sont concernés par l'activité de la bande organisée, il les informe afin de leur permettre la mise en œuvre des dispositions du II de l'article R. 147-1.

### **Article R147-12-3**

La pénalité prononcée au titre de l'article R. 147-12-1 est fixée, pour chaque membre de la bande organisée, en fonction de la gravité des faits reprochés et de son degré d'implication dans le fonctionnement ou la mise en place de ladite bande, à un montant maximum égal à 300 % des sommes en cause. Les dispositions de la dernière phrase de l'article L. 147-11-1 et celles de l'article R. 147-11-2 sont applicables.

## **Section 3 : Bilan**

### **Article R147-13**

Les organismes locaux d'assurance maladie transmettent chaque année avant le 1er mars au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, lequel en adresse une synthèse au ministre chargé des comptes de la sécurité sociale, un rapport portant sur leur activité de l'année précédente au titre du présent chapitre, de la section 6 du chapitre Ier du titre VI du livre VIII, de l'article R. 863-7 et de l'article 45 du décret n° 54-883 du 2 septembre 1954 modifié.

## **Chapitre 8 : Objectif de réduction des prescriptions ou réalisations et mise sous accord préalable**

### **Section 1 : Dispositions communes**

#### **Article R148-1**

I. # Lorsque le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent constate l'une des situations mentionnées au I de l'article L. 162-1-15, il peut mettre en œuvre la procédure de fixation d'un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations ou la procédure de mise sous accord préalable prévues à cet article. Dans ce cas, il notifie au médecin concerné les faits constatés ou les données chiffrées relatives à sa pratique ainsi que celles relatives à la moyenne servant de base de référence, et l'informe de son droit à être entendu, sur sa demande, ou de présenter ses observations écrites, dans le délai d'un mois. L'audition donne lieu à un procès-verbal signé par l'intéressé. Le médecin peut se faire assister par la personne de son choix.

II. # A compter de l'expiration du délai mentionné au I ou du lendemain de l'audition du médecin si celle-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, le directeur peut, dans le délai d'un mois, compte tenu des observations éventuelles du médecin :

- 1° Soit abandonner la procédure. Dans ce cas, il en informe l'intéressé dans les meilleurs délais ;
- 2° Soit proposer au médecin un objectif de réduction de ses prescriptions ou réalisations prévu au II de l'article L. 162-1-15, dans les conditions précisées à la section 2 du présent chapitre ;
- 3° Soit poursuivre la procédure de mise sous accord préalable prévue au I de l'article L. 162-1-15, dans les conditions précisées à la section 3 du présent chapitre.

Si le directeur n'a pas statué au terme du délai qui lui est imparti, la procédure est réputée abandonnée.

#### **Article R148-2**

Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent pour mener la procédure prévue au présent chapitre est celui déterminé en application des dispositions de l'article R. 147-1. Le médecin-conseil chef de service compétent est celui de cet organisme ou, s'agissant du régime général, celui qui est placé auprès de cet organisme.

Les dispositions du IV de l'article R. 147-2 sont applicables aux notifications prévues au présent chapitre.

## **Section 2 : Procédure de fixation d'un objectif des prescriptions ou réalisations**

### **Article R148-3**

Dans le cas prévu au 2° du II de l'article R. 148-1, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie notifie au médecin une proposition conjointe avec le médecin-conseil chef de service compétent.

La proposition notifiée tient compte de la situation constatée ainsi que, le cas échéant, des observations de l'intéressé. Elle mentionne :

1° L'objectif de réduction du nombre des prescriptions ou réalisations, de la durée ou du taux constaté, lequel ne peut être inférieur à la moyenne servant de base de référence, ainsi qu'une période, comprise entre quatre et six mois, impartie à compter de la date de réception de la proposition pour atteindre cet objectif ;

2° Le montant maximum de la pénalité encourue en cas de dépassement de l'objectif ;

3° La possibilité pour l'intéressé de faire connaître, par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de quinze jours à compter de la notification, son refus de cette proposition ;

4° L'avertissement qu'en cas de refus l'intéressé s'expose à la procédure mentionnée à la section 3 du présent chapitre ;

5° L'avertissement qu'à défaut de réponse de l'intéressé dans le délai imparti au 3° il est réputé avoir accepté cette proposition.

### **Article R148-4**

En cas de refus de la proposition mentionnée à l'article R. 148-3, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie poursuit l'instruction de la procédure prévue à la section 3 du présent chapitre.

### **Article R148-5**

En cas d'acceptation tacite ou expresse de la proposition mentionnée à l'article R. 148-3, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le médecin-conseil chef de service compétent désignent un praticien-conseil référent chargé du suivi personnalisé dont les coordonnées sont communiquées à l'intéressé. Ce praticien-conseil effectue, selon une fréquence convenue avec le médecin et au moins à mi-parcours, un entretien sur l'évolution de sa pratique. Le médecin conseil chef de service compétent établit un bilan de cette évolution qu'il adresse au directeur de l'organisme local d'assurance maladie.

La réalisation de l'objectif est appréciée au regard de l'écart, par rapport à la moyenne servant de base de référence, du nombre, de la durée ou du taux constaté des prescriptions ou réalisations intervenues au cours du délai imparti.

### **Article R148-6**

Au vu des éléments établis par le médecin-conseil chef de service compétent et au plus tard dans les

six mois suivant le terme de la période fixée pour réaliser l'objectif, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie notifie au médecin le bilan détaillé de son objectif de réduction de la prescription, précisant s'il a ou non atteint l'objectif fixé et dans quelles proportions.

Si l'objectif n'a pas été atteint, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie informe le médecin s'il envisage de poursuivre la procédure prévue à l'article L. 162-1-14, en vue de prononcer la pénalité prévue par le 6° de l'article R. 147-8, dans les conditions du chapitre VII du présent titre. Dans ce cas, il informe le médecin qu'il pourra exercer ses droits de la défense à l'occasion du déroulement de cette procédure.

### **Section 3 : Procédure de mise sous accord préalable**

#### **Article R148-7**

Dans le cas prévu au 3° du II de l'article R. 148-1, ou dans le cas prévu à l'article R. 148-4, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie saisit la commission mentionnée à l'article R. 147-3 ou déterminée, s'il y a lieu, dans les conditions prévues au III de l'article R. 147-1. Il informe simultanément l'intéressé de son droit à être entendu par cette commission, sur sa demande, ou de présenter ses observations écrites, dans le délai d'un mois. Le médecin peut se faire assister par la personne de son choix.

La commission rend un avis motivé portant sur la nécessité et la durée de la mise sous accord préalable.

La commission transmet cet avis, dans un délai maximum de deux mois à compter de sa saisine, qui peut, à sa demande, être prorogé d'un mois, au directeur de l'organisme local d'assurance maladie, ainsi qu'au médecin en cause. Si la commission ne s'est pas prononcée au terme du délai qui lui est imparti, éventuellement prorogé, l'avis est réputé rendu.

#### **Article R148-8**

A compter de la réception de l'avis de la commission ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu, le directeur peut :

- 1° Soit abandonner la procédure. Dans ce cas, il en informe le médecin dans les meilleurs délais ;
- 2° Soit décider de poursuivre la procédure. Dans ce cas, il saisit pour avis dans un délai de quinze jours le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. A défaut de saisine dans le délai précité, la procédure est réputée abandonnée.

Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou son représentant rend un avis dans le délai d'un mois à compter de sa saisine. Si son avis n'est pas rendu dans le délai imparti, il est réputé favorable.

#### **Article R148-9**

A compter de la réception de l'avis du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie décide, dans le délai de quinze jours :

- 1° Si l'avis du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est défavorable, d'abandonner la procédure. Dans ce cas, il informe de sa décision le médecin dans les meilleurs délais ;
- 2° Si l'avis du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est favorable,

de subordonner à l'accord préalable du service de contrôle médical compétent les prescriptions ou réalisations du médecin. Dans ce cas, il notifie au médecin sa décision motivée, qui précise les prescriptions ou réalisations concernées, la date de début et de fin de la période de mise sous accord préalable ainsi que les modalités de sa mise en œuvre, notamment l'information des patients dans les conditions prévues par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique. Il mentionne les délais et voies de recours.

Si le directeur n'a pas statué au terme du délai qui lui est imparti, la procédure est réputée abandonnée.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

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

#### **Titre 5 : Contrôle de l'administration - Contrôle de la Cour des comptes**

##### **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 R151-1**

Les décisions des conseils ou des conseils d'administration mentionnées à l'article L. 151-1 sont immédiatement communiquées au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Dans les huit jours, celui-ci prononce l'annulation des décisions qui lui paraissent contraires à la loi. Il peut aussi, dans le même délai, lorsque les éléments soumis à son appréciation nécessitent un complément d'instruction, suspendre l'exécution jusqu'à décision du ministre chargé de la sécurité sociale, qu'il saisit aux fins d'annulation. Le ministre informe la caisse nationale compétente, laquelle lui fait connaître, le cas échéant, son avis. Lorsque la décision ministérielle n'intervient pas dans le délai de quarante jours à compter de la date de suspension de la décision du conseil ou du conseil d'administration par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, cette décision est exécutoire de plein droit.

Lorsque les décisions lui paraissent de nature à compromettre l'équilibre financier des risques, le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 peut, dans un délai de huit jours, en suspendre l'application. Il notifie cette suspension à la caisse intéressée qui, si elle maintient sa décision, saisit la caisse nationale compétente.

Les délais prévus au présent article sont des délais francs. Lorsque le premier jour d'un de ces délais est un jour férié ou un samedi, le délai ne court qu'à compter du premier jour ouvrable qui suit le jour férié ou le samedi.

###### **Article R151-2**

La communication au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 des décisions des conseils ou des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale, en application de l'article R. 151-1, doit être accompagnée de tous documents de nature à éclairer le sens et la portée des décisions prises et, notamment, des procès-verbaux des séances du conseil ou du conseil

d'administration ou du comité de gestion au cours desquelles lesdites décisions ont été adoptées.

Les délais prévus à l'article R. 151-1 ne courent qu'à dater du jour où la formalité prévue à l'alinéa précédent aura été intégralement remplie.

### **Article R151-3**

Les dispositions de l'article R. 151-1 sont applicables aux décisions prises par le directeur d'un organisme de sécurité sociale agissant par délégation du conseil d'administration ainsi qu'aux décisions qui sont énumérées par décret.

### **Article R151-4**

Les pouvoirs de suspension et d'annulation mentionnés aux articles L. 151-1 et R. 151-1 sont exercés dans tous les cas par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 à l'égard des décisions des conseils d'administration des unions ou des fédérations de caisses de sécurité sociale et d'allocations familiales à circonscription nationale.

### **Article R151-5**

Les décisions des conseils d'administration des unions ou fédérations mentionnées à l'article R. 151-4 doivent être communiquées directement par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 dans les formes et délais prévus par les articles R. 151-1 et R. 151-2.

## **Chapitre 2 : Dispositions applicables au régime d'assurance vieillesse des professions libérales, des avocats et aux régimes mentionnés aux articles 1002 à 1002-4 du code rural**

### **Section 2 : Dispositions applicables au régime d'assurance vieillesse des professions libérales et des avocats.**

#### **Article R152-1**

Les décisions des conseils d'administration mentionnés à l'article L. 152-1 sont immédiatement communiquées au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.



Dans les huit jours, celui-ci peut, dans le cas où les décisions lui paraissent contraires à la loi ou de nature à compromettre l'équilibre financier de la caisse, en suspendre l'exécution jusqu'à décision du ministre chargé de la sécurité sociale, qu'il saisit aux fins d'annulation. Lorsque la décision ministérielle n'intervient pas dans le délai de quarante jours à compter de la date de suspension de la décision du conseil d'administration par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, cette décision est exécutoire de plein droit.

Le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 peut également, dans le délai de huit jours prévu au deuxième alinéa ci-dessus, annuler celles des décisions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 152-1, qui présentent un caractère individuel.

Par dérogation aux alinéas précédents, les décisions des conseils d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et de la Caisse nationale des barreaux français sont immédiatement communiquées au ministre chargé de la sécurité sociale, qui peut les annuler dans les quarante jours lorsqu'elles lui paraissent contraires à la loi ou de nature à compromettre l'équilibre financier de la caisse.

La communication des décisions au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 ou au ministre chargé de la sécurité sociale doit être accompagnée de tous documents de nature à éclairer le sens et la portée de celles-ci, et, notamment, des procès-verbaux des séances du conseil d'administration ou du comité de gestion au cours desquelles lesdites décisions ont été adoptées. Les délais prévus aux deuxième et quatrième alinéas ne courent qu'à compter du jour où cette formalité aura été intégralement remplie.

Les délais prévus au présent article sont des délais francs. Lorsque le premier jour d'un de ces délais est un jour férié ou un samedi, le délai ne court qu'à compter du premier jour ouvrable qui suit le jour férié ou le samedi. Ces délais sont respectivement portés à un mois et à deux mois en ce qui concerne les divers budgets que les caisses sont tenues d'établir.

### **Section 3 : Dispositions applicables aux régimes mentionnés aux articles 1002 à 1002-4 du code rural.**

#### **Article R152-2**

Les délibérations du conseil d'administration et du comité d'action sanitaire et sociale des organismes de mutualité sociale agricole sont immédiatement communiquées au responsable du service mentionné à l'article R. 155-2.

La communication doit être accompagnée de tout document de nature à éclairer le sens et la portée des décisions prises, notamment en ce qui concerne les délibérations des conseils d'administration et des comités de la protection sociale, les procès-verbaux des séances au cours desquelles les décisions ou les avis ont été adoptés et les décisions des unions, des unions d'économie sociale, des groupements d'intérêt économique et des sociétés civiles immobilières ayant fait l'objet d'une délibération du conseil d'administration en application de l'article R. 723-108 du code rural et de la pêche maritime.

Les délais fixés par l'article R. 152-3 ne courent qu'à dater du jour où ces formalités ont été intégralement remplies.

### **Article R152-3**

Dans les huit jours suivant la communication d'une délibération du conseil d'administration ou du comité d'action sanitaire et sociale, le responsable du service mentionné à l'article R. 155-2 peut, dans le cas où il estime que celle-ci est contraire aux dispositions législatives ou réglementaires ou qu'elle est de nature à compromettre l'équilibre financier de la caisse ou du régime et lorsque les éléments soumis à son appréciation nécessitent un complément d'instruction, en suspendre l'exécution jusqu'à décision du ministre chargé de l'agriculture, qu'il saisit aux fins d'annulation. Si la décision ministérielle n'intervient pas dans un délai de quarante jours à compter de la date de suspension de la délibération du conseil d'administration ou du comité d'action sanitaire et sociale par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-2, cette délibération est exécutoire de plein droit.

Dans le délai de huit jours suivant leur communication, le responsable du service mentionné à l'article R. 155-2 peut soit prononcer l'annulation, soit suspendre l'exécution jusqu'à décision ministérielle dans les conditions fixées à l'alinéa précédent des délibérations qui présentent un caractère individuel et qui sont illégales.

Le délai fixé par le présent article est un délai franc. Lorsque le premier jour de ce délai est un jour férié ou un samedi, le délai court du premier jour ouvrable qui suit le jour férié ou le samedi.

Les dispositions du présent article sont applicables aux décisions prises par le directeur d'un organisme de mutualité sociale agricole agissant par délégation du conseil d'administration.

### **Article R152-4**

L'application des dispositions des articles R. 152-2 et R. 152-3 aux délibérations du comité central d'action sanitaire et sociale ainsi qu'aux délibérations des conseils d'administration des associations à compétence nationale et des comités directeurs des groupements d'intérêt économique à compétence nationale relève du ministre chargé de l'agriculture qui dispose d'un délai de vingt jours à compter de la date à laquelle il a été saisi pour se prononcer. En l'absence de réponse dans ce délai, ces délibérations sont exécutoires de plein droit.

Les délibérations du conseil d'administration ou du comité directeur des associations ou groupements d'intérêt économique autres que ceux mentionnés à l'alinéa précédent sont soumises au contrôle du responsable du service mentionné à l'article R. 155-2 et, s'il y a lieu, du ministre chargé de l'agriculture dans les conditions prévues aux articles R. 152-2 et R. 152-3.

### **Article R152-5**

I.-Les délibérations des assemblées générales des caisses départementales et pluridépartementales de mutualité sociale agricole, des associations et des groupements d'intérêt économique dont la compétence est pluridépartementale, régionale ou interrégionale sont exécutoires de plein droit si, à l'issue d'un délai de vingt jours à compter de la date à laquelle il a été saisi, le responsable du service mentionné à l'article R. 155-2 n'a pas fait connaître son opposition.

II.-Les délibérations des assemblées générales, des associations et des groupements d'intérêt économique dont la compétence est nationale sont exécutoires de plein droit si, à l'issue d'un délai

de vingt jours à compter de la date à laquelle il a été saisi, le ministre chargé de l'agriculture n'a pas fait connaître son opposition.

## **Article R152-6**

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 152-3, les délais pour suspendre et annuler les délibérations des conseils d'administration des caisses de mutualité sociale agricole portant sur des opérations immobilières sont respectivement fixés à un mois et deux mois. Pour les délibérations mentionnées à l'article R. 152-4 et portant sur des opérations immobilières, le délai dans lequel le ministre chargé de l'agriculture doit se prononcer est fixé à deux mois.

## **Chapitre 2 bis : Dispositions communes**

### **Article R152-7**

Les décisions mentionnées aux articles L. 151-1 et L. 152-1 sont transmises par voie électronique aux services mentionnés aux articles R. 155-1 et R. 155-2 ou au ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Chapitre 3 : Contrôle des budgets - Contrôles divers**

### **Article R153-2**

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée à l'article L. 153-2 pour approuver les budgets des établissements gérés par les organismes de sécurité sociale est le directeur général de l'agence régionale de santé en ce qui concerne les établissements de santé et les établissements mentionnés aux 8°, 13°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée à l'article L. 153-6 est l'autorité chargée du contrôle administratif.

### **Article R153-3**

Les unions ou fédérations d'organismes de sécurité sociale instituées conformément aux dispositions législatives ou réglementaires en vigueur sont soumises au même régime administratif et financier que les organismes de sécurité sociale du régime dont elles font partie.

Les dispositions du présent article sont applicables à tous organismes, à l'exception des organismes d'assurance vieillesse et d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des

professions non agricoles, la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes et de la caisse des Français de l'étranger.

#### **Article R153-4**

Pour les organismes mentionnés à l'article L. 153-3, l'autorité compétente de l'Etat est le ministre chargé de l'agriculture. Si la décision ministérielle n'intervient pas dans le délai de deux mois à compter de la date à laquelle le ministre a été saisi, les délibérations sont exécutoires de plein droit.

#### **Article R153-6**

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée aux articles L. 153-4 et L. 153-5 est le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 ou, pour les organismes de mutualité sociale agricole, du service mentionné à l'article R. 155-2.

#### **Article R153-7**

Si les budgets de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale, de la prévention et du contrôle médical d'un organisme de sécurité sociale ou des établissements gérés par celui-ci, bien que régulièrement arrêtés, votés ou délibérés, selon le cas, par le conseil ou le conseil d'administration avant le 1er janvier, ne sont pas en état d'être exécutés au commencement de l'année à laquelle ils se rapportent, les dépenses ordinaires portées au dernier budget continuent à être faites jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau budget, sous réserve des modifications justifiées par l'exécution des engagements autorisés ou des dépenses obligatoires.

Ces crédits ne peuvent être employés chaque mois que dans la limite du douzième des crédits annuels. Toutefois, pour les crédits en litige, le ministre ou son représentant territorial peut fixer une proportion mensuelle inférieure.

Lorsqu'une suspension ou une annulation prononcée par le ministre ou son représentant territorial ne porte que sur des crédits inscrits à l'un des budgets susmentionnés, les dispositions du présent article ne sont applicables qu'aux crédits faisant l'objet de la suspension ou de l'annulation et jusqu'à ce qu'une nouvelle délibération du conseil d'administration les concernant soit devenue exécutoire.

Le présent article a le même champ d'application que les articles L. 153-3 et L. 153-4.

#### **Article R153-8**

Les régimes, organismes, institutions et services mentionnés aux articles L. 111-1, L. 111-2, L. 711-1 et L. 731-1 sont soumis au contrôle de l'inspection générale de la sécurité sociale.

## **Article R153-9**

Les caisses primaires d'assurance maladie, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, les caisses d'allocations familiales et les institutions mentionnées aux articles L. 111-2, L. 711-1 et L. 731-1 sont soumises au contrôle de l'inspection générale des finances, des trésoriers payeurs généraux ou des directeur régionaux ou départementaux des finances publiques et, à Paris, du receveur général des finances de Paris.

Un arrêté du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale précise les conditions dans lesquelles sera effectué le contrôle prévu à l'alinéa précédent.

## **Chapitre 4 : Contrôle de la Cour des comptes.**

### **Article R154-1**

Le contrôle de la Cour des comptes s'exerce dans les conditions fixées au chapitre IV du titre III du livre Ier du code des juridictions financières.

## **Chapitre 5 : Contrôle relevant d'un service à compétence nationale**

### **Article R155-1**

Le contrôle des organismes locaux et régionaux de sécurité sociale autres que les organismes de mutualité sociale agricole est assuré par un service à compétence nationale, créé dans les conditions prévues par le décret n° 97-464 du 9 mai 1997 relatif à la création et à l'organisation des services à compétence nationale.

Le service mentionné au premier alinéa exerce également son contrôle sur les organismes mentionnés aux articles R. 611-21 et R. 641-24.

### **Article R155-2**

Le contrôle des organismes de mutualité sociale agricole autres que ceux à compétence nationale est assuré par un service à compétence nationale, créé dans les conditions prévues par le décret n° 97-464 du 9 mai 1997 relatif à la création et à l'organisation des services à compétence nationale.

### **Article R155-3**

Le contrôle opéré par les services mentionnés aux articles R. 155-1 et R. 155-2 s'exerce sur pièces et sur place. Les organismes de sécurité sociale sont tenus de fournir aux membres de ces services tous documents et supports d'information utiles à l'exercice de ce contrôle. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture définit les éléments devant être fournis périodiquement.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 2 : Assurances maladie-maternité-décès.**

###### **Article R161-1**

Les organismes d'assurance maladie qui servent les prestations en application des articles L. 161-8 et L. 380-1 ainsi que, le cas échéant, les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 qui servent les prestations définies à l'article L. 861-3 aux personnes affiliées, rattachées à un régime de sécurité sociale obligatoire et aux bénéficiaires de ce régime de l'un des dispositifs de maintien du droit aux prestations prévus au chapitre Ier du titre VI du livre Ier et à l'article L. 311-5, organisent un contrôle de l'effectivité de la résidence en France dans les cas suivants :

1° Lors de la liquidation de la cotisation annuelle au régime général en application de l'article L. 380-2 ;

2° Lors du calcul annuel des ressources en application du même article ;

3° Lors d'un changement d'organisme de rattachement ;

4° Lors de la déclaration d'un ayant droit ou de son retrait ;

5° Lors de la demande de protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 ou lors de l'expiration du droit à cette protection, alors que l'intéressé est déjà affilié au régime général en application de l'article L. 380-1.

En tout état de cause, ce contrôle a lieu une fois par an.

### **Article R161-1-1**

Pour l'application de l'article L. 161-6 est fixée à trois ans la durée exigée de rattachement au régime d'assurance maladie et maternité auquel l'intéressé était affilié au moment de la cessation de son activité professionnelle ou de l'ouverture de ses droits à pension de réversion.

### **Article R161-2**

L'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 161-7 est l'âge prévu par l'article L. 161-17-2.

### **Article R161-3**

Le délai prévu par l'article L. 161-8 pendant lequel le droit aux prestations en espèces est maintenu est fixé à douze mois.

Le délai prévu à l'article L. 161-8 pendant lequel le droit aux prestations en nature est maintenu est fixé à douze mois.

Est fixée à quatre ans la durée de la période pendant laquelle la personne libérée du service national, qui ne remplit pas à un autre titre les conditions d'ouverture du droit aux prestations des assurances maladie et maternité a droit, pour elle-même et ses ayants droit, au bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime obligatoire dont elle relevait au moment de son départ ou, à défaut, du régime général.

### **Article R161-4**

Est fixée à douze mois la durée de la période prévue à l'article L. 161-13 pendant laquelle 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.

### **Article R161-4-1**

I. - La durée maximale d'incarcération prévue à l'article L. 161-13-1 est de douze mois.



II. - En cas de non-reprise d'une activité professionnelle à l'issue de la période d'incarcération, le délai, prévu à l'article L. 161-13-1, pendant lequel le droit aux prestations en espèces est maintenu est fixé à trois mois.

### **Article R161-5**

La durée de la période prévue au premier alinéa de l'article L. 161-15, pendant laquelle les ayants droit de l'assuré décédé continuent à bénéficier des prestations de l'assurance maladie et maternité, est fixée à douze mois à compter de la date du décès.

La durée de la période prévue au deuxième alinéa de l'article L. 161-15, pendant laquelle la personne divorcée ayant eu la qualité d'ayant droit d'un assuré social et les membres de sa famille qui sont à sa charge continuent à bénéficier des prestations de l'assurance maladie et maternité, est fixée à douze mois à compter de la date de la mention du divorce en marge de l'acte de mariage ou de la transcription du jugement de divorce.

L'âge de l'enfant mentionné au premier et au deuxième alinéas de l'article L. 161-15 est fixé à trois ans.

### **Article R161-5-1**

Le nombre des enfants à charge mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 161-15 est fixé à trois.

### **Article R161-6**

Le paiement des prestations au conjoint séparé de droit ou de fait, ayant droit de son époux, qui se trouve dans l'impossibilité, au sens du quatrième alinéa de l'article L. 161-15, d'obtenir ce paiement pour lui-même et pour les autres ayants droit de l'assuré qui restent à sa charge, s'effectue dans les conditions suivantes :

1°) si l'époux assuré relève d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité de salarié, le conjoint séparé peut obtenir le paiement des prestations en produisant une attestation délivrée par l'organisme ou service chargé du paiement des allocations familiales et établissant qu'il a perçu lesdites allocations pour le mois écoulé du chef d'un salarié remplissant les conditions d'activité nécessaires à l'ouverture du droit aux prestations familiales ;

2°) si le conjoint séparé ne peut obtenir l'attestation mentionnée au 1° ci-dessus, il peut demander directement le paiement des prestations en nature à la caisse d'assurance maladie dont relève l'assuré en produisant le jugement de séparation de corps ou une déclaration attestant la séparation de fait.

Dans le cas où cette caisse n'a pas en sa possession et ne peut se procurer la justification de la durée d'activité salariée nécessaire à l'ouverture du droit de l'assuré aux prestations en nature, elle le notifie au conjoint séparé ayant demandé le paiement.

Ce conjoint peut alors, en produisant la notification prévue à l'alinéa précédent, demander à l'employeur ou aux employeurs de l'assuré une attestation d'un modèle fixé par arrêté fournissant les éléments nécessaires à l'établissement du droit aux prestations.

L'employeur ou les employeurs sont tenus de remettre cette attestation au conjoint séparé.

Si l'époux assuré relève d'un régime obligatoire d'assurance maladie de non-salariés, l'époux séparé exerce son action directe en paiement des prestations auprès de l'organisme dont relève l'assuré en fournissant une copie du jugement de séparation de corps ou une déclaration de séparation de fait.

Les organismes d'assurance maladie doivent prendre toutes dispositions utiles en vue de faciliter au conjoint séparé la mise en oeuvre de son action directe.

### **Article R161-7**

A l'expiration du délai fixé au deuxième alinéa de l'article R. 161-5, le conjoint divorcé dispose, en vue du paiement des prestations en nature exposées du fait des ayants droit de l'autre personne divorcée, d'une action directe qui s'exerce dans les conditions prévues à l'article R. 161-6.

La personne demandant le paiement des prestations en vertu des dispositions de l'alinéa précédent doit fournir à la caisse une copie du jugement de divorce. Toutefois, la production de cette copie n'est requise que lors de la première demande de paiement des prestations.

### **Article R161-8**

I. - Par dérogation à toutes dispositions contraires, les parents qui ont tous deux la qualité d'assuré social peuvent demander, conjointement ou séparément, que leurs enfants soient rattachés, en qualité d'ayants droit, à chacun d'entre eux pour le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Les demandes peuvent être effectuées à tout moment. Ces demandes ainsi que leurs modifications sont effectuées selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

A défaut de demande de rattachement exprimée par les parents, les prestations sont dues à celui des assurés qui effectue la première demande de remboursement de soins.

Lorsqu'un des parents cesse d'ouvrir droit aux prestations, celles-ci sont dues au parent qui est

assuré.

II. - Lorsqu'au sein d'un même foyer plusieurs personnes ont la qualité d'assuré, elles désignent d'un commun accord celle d'entre elles à laquelle les ayants droit autres que les enfants sont rattachés pour le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité. Ces ayants droit sont tous rattachés au même assuré.

La demande peut être effectuée à tout moment. Elle ne peut être modifiée qu'au bout d'un an d'un commun accord entre les assurés. La demande ainsi que les modifications éventuelles de cette demande sont effectuées selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

A défaut de désignation, les prestations sont dues à celui des assurés qui effectue la première demande de remboursement de soins.

Lorsque l'un des assurés cesse d'ouvrir droit aux prestations, ces prestations sont dues à l'autre assuré ou, lorsqu'il existe plusieurs assurés, à celui qui est désigné d'un commun accord par ces assurés ou qui effectue la première demande de remboursement de soins.

### **Article R161-8-1**

La durée mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 161-14 est fixée à douze mois consécutifs.

Est réputée se trouver à la charge effective, totale et permanente d'un assuré social, en application du deuxième alinéa de l'article L. 161-14, la personne qui en atteste au moyen d'une déclaration sur l'honneur annuelle et cosignée par l'assuré et qui ne relève pas d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité.

Les organismes d'assurance maladie s'assurent par tous les moyens qu'ils jugent utiles de la conformité de la situation déclarée aux conditions prévues par les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-14.

L'attestation de la qualité d'ayant droit au titre des différentes situations prévues à l'article L. 161-14 est conforme au modèle défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R161-8-13**

La demande prévue à la première phrase de l'article L. 161-14-1 est effectuée par l'intéressé auprès de l'organisme d'assurance maladie et maternité auquel est affilié l'assuré social dont il est l'ayant droit.

Dès réception de cette demande, l'organisme procède à l'identification de l'intéressé en qualité d'ayant droit autonome et lui verse à titre personnel les prestations en nature des assurances maladie

et maternité auxquelles ouvre droit l'assuré social dont il est l'ayant droit.

L'option ainsi faite pour la qualité d'ayant droit autonome est valable pour une durée d'un an, pendant laquelle elle n'est pas révoquée. Elle est renouvelable par tacite reconduction, sauf renonciation expresse signifiée par l'intéressé à l'organisme compétent au plus tard un mois avant l'expiration de ladite période.

L'organisme d'assurance maladie et maternité compétent remet à l'intéressé un document attestant de sa qualité d'ayant droit autonome et lui permettant d'obtenir le versement des prestations dans les conditions précisées ci-dessus.

## **Article R161-8-14**

A l'exclusion des enfants ayants droit des ressortissants du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles ou 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, les personnes mentionnées à la première phrase de l'article L. 161-14-1 qui s'inscrivent dans un des établissements, écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381-4, sont, lors de leur inscription, rattachées aux sections locales ou correspondants locaux visés au premier alinéa de l'article L. 381-9. Ce rattachement est effectué à la diligence desdits établissements.

Après que l'organisme auquel est affilié l'assuré social dont il est l'ayant droit a procédé à l'identification de l'intéressé comme ayant droit autonome, ce rattachement emporte pour ce dernier le versement à titre personnel de prestations en nature des assurances maladie et maternité auxquelles ouvre droit ledit assuré social.

La section locale ou le correspondant local choisi par l'intéressé lui remet un document attestant de sa qualité d'ayant droit autonome et lui permettant d'obtenir le versement des prestations dans les conditions susmentionnées, et lui verse ces prestations pour le compte du régime de l'assuré dont il est l'ayant droit.

## **Article R161-8-15**

Les ayants droit mentionnés aux 1<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> de l'article L. 313-3 et à l'article L. 161-14 sont identifiés de manière autonome par l'organisme d'assurance maladie auquel est affilié l'assuré social dont ils sont ayants droit. L'organisme d'assurance maladie remet aux intéressés un document attestant leur qualité d'ayant droit autonome et leur permettant d'obtenir le versement des prestations en nature des assurances maladie et maternité auxquelles leur ouvre droit l'assuré.

Toutefois, les intéressés peuvent s'opposer à cette procédure par lettre recommandée avec accusé de réception adressée dans le délai d'un mois à compter de la réception de la notification de l'organisme les informant de leur prochaine identification à titre autonome. Ils peuvent ultérieurement, après une période minimale d'un an, renoncer à la qualité d'ayant droit autonome ou, s'ils ont exprimé le choix contraire, se voir reconnaître cette qualité, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'organisme d'affiliation de l'assuré.

## **Sous-section 3 : Assurance invalidité**

### **Article R161-9**

Pour l'application de l'article L. 161-16, le taux d'invalidité global doit être d'au moins 60 %. Les assurés en cause doivent être âgés d'au moins cinquante-cinq ans.

## **Sous-section 4 : Assurance vieillesse**

### **Paragraphe 1 : Information des assurés.**

#### **Article R161-10**

Les organismes ou services en charge des régimes de retraite dont relèvent ou ont relevé les bénéficiaires du droit à l'information sur leur retraite prévu par l'article L. 161-17 et qui sont autorisés à collecter et conserver le numéro d'inscription des intéressés au répertoire national d'identification des personnes physiques pour la mise en œuvre des droits à l'information sur la retraite prévus à l'article précité sont :

1° Les organismes chargés de la gestion des régimes de retraite de base et de l'assurance volontaire vieillesse du régime général de la sécurité sociale et des salariés agricoles, mentionnés respectivement à l'article L. 222-1 du présent code et à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime ;

2° Les institutions de retraite complémentaire adhérentes de l'Association générale des institutions de retraite des cadres et leur fédération, les institutions de retraite complémentaire adhérentes de l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés et leur fédération, mentionnées à l'article L. 921-4 du présent code et la caisse de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile mentionnée à l'article R. 426-1 du code de l'aviation civile ;

3° L'organisme chargé de la gestion du régime des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses mentionné à l'article L. 382-17 du présent code, les organismes chargés de la gestion des régimes de retraite de base, de l'assurance volontaire vieillesse et des régimes de retraite complémentaire obligatoires des professions non salariées de l'agriculture, de l'artisanat, du commerce et de l'industrie et des professions libérales mentionnés aux articles L. 621-3 et L. 644-1 et à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime, du régime des avocats mentionné à l'article L. 723-1 du présent code et de l'Institution de retraite complémentaire de l'enseignement et de la création mentionnée à l'article 1er du décret n° 62-420 du 11 avril 1962 modifié relatif au régime d'assurance vieillesse complémentaire commun aux artistes graphiques et

plastiques et aux professeurs de musique, musiciens, auteurs et compositeurs ;

4° La Caisse des dépôts et consignations au titre de la gestion des retraites des agents relevant ou ayant relevé :

a) De la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ;

b) De l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques ;

c) Du régime minier et du régime des personnels de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines ;

d) Du Fonds spécial de pension des ouvriers des établissements industriels de l'Etat ;

e) Du régime public de retraite additionnel obligatoire institué par l'article 76 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

5° Les autres organismes ou services en charge de la gestion des régimes spéciaux de retraite mentionnés aux articles R. 711-1 et R. 711-24 du présent code ;

6° Le groupement d'intérêt public institué par l'article L. 161-17.

## **Article R161-11**

Sauf accord du bénéficiaire portant sur une ou plusieurs autres catégories de données pertinentes au regard de ses droits à retraite et mentionnées dans cet accord, seules peuvent être échangées pour la mise en œuvre des droits à l'information sur la retraite prévus à l'article L. 161-17 tout ou partie des données suivantes :

1° Le nom de famille, le cas échéant le nom d'usage, le ou les prénoms, la date et le lieu de naissance et l'adresse personnelle du bénéficiaire ;

2° Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ;

3° La qualité de marié, divorcé, veuf ou célibataire ;

4° Le nombre d'enfants, le ou les prénoms, la date de naissance et, le cas échéant, la date d'adoption et le lieu de naissance de chacun des enfants élevés par le bénéficiaire ou la date de prise en charge par le bénéficiaire de chacun des autres enfants ayant une incidence sur ses droits à pension ;

5° Selon les régimes, les dates de début et, s'il y a lieu, de fin d'affiliation ou de services ou les années au titre desquelles des droits ont été constitués ;

6° Le nom ou la raison sociale, l'adresse et le numéro SIRET du ou des employeurs ;

7° Les éléments de rémunération susceptibles d'être pris en compte pour la détermination des droits à pension, pour chaque année où des droits ont été constitués, soit, selon les régimes :

a) Les salaires, primes ou revenus sur lesquels ont été assises les cotisations à la charge du bénéficiaire ou celles qui ont été versées pour son compte par l'employeur ou par un tiers ou sur lesquels ont été calculés les points de retraite ainsi que la valeur du revenu de référence pris en compte pour la détermination de ce nombre de points ;

b) Les grades, classes, échelons et indices pris en compte dans le calcul du montant des pensions ainsi que les suppléments de nouvelle bonification indiciaire et majorations de pension au titre de la carrière ;

8° Pour chaque année pour laquelle les droits ont été constitués, selon les régimes, les durées exprimées en années, trimestres, mois ou jours, les montants de cotisations ou le nombre de points pris en compte ou susceptibles d'être pris en compte pour la détermination des droits à pension, en mentionnant, s'il y a lieu, le fait générateur de cette prise en compte lorsqu'il a une incidence sur l'âge d'ouverture ou le montant de la pension ;

9° Les données mentionnées au 8° du présent article non susceptibles d'être rattachées à une année donnée ;

10° Le résultat de la combinaison des données mentionnées au présent article effectué par l'un des régimes, organismes ou services mentionnés ci-dessus ;

11° La qualité de retraité dans l'un des régimes dont l'intéressé a relevé ;

12° Les dates de réception des demandes de relevé de situation individuelle ;

13° La date à laquelle lui a été communiquée l'information générale mentionnée au premier alinéa de l'article L. 161-17 ;

14° La date à laquelle il a demandé à bénéficier d'un ou plusieurs des entretiens mentionnés à l'article L. 161-17 ainsi que les dates auxquelles il en a bénéficié.

## **Article R161-12**

Chaque organisme ou service mentionné à l'article R. 161-10 est autorisé à conserver pour la mise en œuvre des droits à l'information sur la retraite prévus à l'article L. 161-17 le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques du bénéficiaire du droit à l'information à compter de son affiliation à l'un des régimes dont il a la charge et jusqu'à son décès.

L'organisme ou le service mentionné à l'article R. 161-10 assurant la mise en œuvre des droits à l'information sur la retraite prévus à l'article L. 161-17 est autorisé à collecter et à conserver les données nécessaires à leur établissement figurant parmi celles qui sont mentionnées à l'article R. 161-11, pendant les délais fixés par l'arrêté prévu à l'article R. 161-13.

## **Article R161-13**

Les données nominatives mentionnées à l'article R. 161-11 sont échangées entre les organismes ou services membres du groupement d'intérêt public institué par l'article L. 161-17, s'il y a lieu par son

intermédiaire. Elles sont conservées pendant un délai maximum de dix-huit mois et échangées selon les modalités techniques fixées par décision du groupement approuvée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Les décisions modificatives sont approuvées selon les mêmes modalités que les décisions qu'elles ont pour objet de modifier.

## **Article R161-14**

L'organisme ou le service assurant la mise en œuvre des droits à l'information sur la retraite prévus à l'article L. 161-17 assure l'information du bénéficiaire prévue à l'article 32 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

## **Article R161-15**

Les personnes bénéficiaires du droit à l'information exercent leurs droits d'accès et de rectification des données les concernant, prévus par les articles 39 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, auprès de l'organisme ou du service en charge de la gestion du régime faisant l'objet de la demande d'accès ou de rectification.

La demande d'accès ou de rectification peut toutefois être adressée à l'organisme ou au service ayant envoyé ou remis l'information générale, les simulations, le relevé ou l'estimation ou ayant réalisé l'entretien, en indiquant le ou les régimes qu'elle vise. Celui-ci transmet la demande à chaque organisme ou service ayant en charge la gestion du ou des régimes visés et informe le demandeur de cette transmission.

En cas de rectification par un organisme ou un service en charge de la gestion d'un régime visé par la demande des données afférentes à la carrière du bénéficiaire, cet organisme ou ce service informe le bénéficiaire de la rectification ainsi que, s'il y a lieu, l'organisme ou le service ayant envoyé ou remis l'information générale, les simulations, le relevé ou l'estimation ou ayant réalisé l'entretien. Ce dernier organisme ou service adresse au bénéficiaire les documents rectifiés, au plus tard à la date d'envoi du relevé ou de l'estimation prévus au septième ou au huitième alinéa de l'article L. 161-17 de l'année suivant celle au cours de laquelle il a été informé de la rectification.

## **Paragraphe 2 : Ouverture du droit et liquidation.**

### **Article R161-16**

Pour l'ouverture du droit et le calcul de la pension de vieillesse, les périodes de perception 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) modifiée sont assimilées à des périodes d'assurance. Il est décompté autant de trimestres qu'au cours de l'année civile correspond de fois 90 jours de perception de ladite allocation.



## **Article R161-16-1**

Les périodes d'affiliation mentionnées par l'article L. 161-19-1 à un régime obligatoire de pension d'une institution européenne ou d'une organisation internationale à laquelle la France est partie sont prises en compte pour autant que l'assuré n'ait pas été simultanément affilié à un autre régime légalement obligatoire de retraite, français ou étranger, ou à l'assurance volontaire prévue par le titre IV du livre VII, dans des conditions emportant validation de périodes d'assurance.

Les périodes ainsi retenues sont décomptées, de date à date, pour autant de trimestres qu'elles comportent de fois 90 jours.

La totalisation de ces périodes avec les périodes d'assurance validées auprès de l'un des régimes mentionnés au premier alinéa ne peut avoir pour effet de porter à plus de quatre le nombre de trimestres susceptibles d'être validés par année civile.

## **Article R161-17**

Pour l'application de l'article L. 122-15 du code du service national, il est décompté, de date à date, autant de trimestres que les périodes de volontariat civil comportent de fois quatre-vingt-dix jours.

## **Paragraphe 3 : Service des pensions de vieillesse.**

### **Article R161-18**

L'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 161-22 est fixé à cinquante-cinq ans.

### **Article R161-19**

Pour l'application du 7° de l'article L. 161-22 :

1° La limite annuelle de la durée d'activité correspond, selon les modalités d'appréciation de la durée de travail applicables à l'intéressé, soit à 910 heures, soit à 260 demi-journées ;

2° Le plafond annuel des revenus perçus au titre des activités en cause est égal au plafond annuel prévu à l'article L. 241-3. Les revenus à prendre en considération sont ceux retenus pour le calcul de la contribution sociale généralisée visée à l'article L. 136-1.

## **Section 2 : Dispositions diverses**

### **Article R161-20**

Lorsque le bénéfice de prestations d'invalidité, de vieillesse ou de veuvage est subordonné soit à une condition de ressources, soit à une condition de limitation ou d'interdiction de cumul avec d'autres prestations ou d'autres ressources, les prestations et les ressources d'origine étrangère ou versées par une organisation internationale sont prises en compte pour l'appréciation de ces conditions.

Cette disposition s'applique à l'ensemble des régimes relevant du présent livre.

## **Section 4 : Systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé**

### **Sous-section 1 : Du codage des actes effectués, des prestations servies et des pathologies diagnostiquées**

#### **Article R161-29**

Le codage des actes et prestations dispensés aux assurés sociaux ou à leurs ayants droit et des pathologies diagnostiquées a pour finalité :

- 1° En tant qu'il concerne les actes et prestations, le remboursement de ceux-ci ;
- 2° L'application et le suivi des conventions conclues entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie ;
- 3° L'amélioration des conditions d'exercice du contrôle, notamment médical, des actes et des prestations ;
- 4° Le développement des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires mises en oeuvre en application des articles L. 262-1 et du 3° du premier alinéa de l'article L. 611-4 ;
- 5° La réalisation d'études épidémiologiques, dans le respect des dispositions des articles 40-1 à 40-10 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 et l'évaluation du système de santé.

## **Article R161-30**

Pour les actes effectués et les prestations servies, les informations transmises sont celles qui sont définies à l'article R. 161-42. Il en est de même pour les actes, prestations et produits délivrés en établissement de santé qui donnent lieu à une facturation unitaire.

En ce qui concerne les prestations délivrées en hospitalisation avec ou sans hébergement et qui ne donnent pas lieu à facturation unitaire des actes ou des produits, les informations que doivent transmettre les établissements de santé mentionnés au titre Ier du livre VII du code de la santé publique pour répondre aux obligations définies à l'article L. 161-29 sont celles prévues par l'article L. 710-5 du code de la santé publique et les textes pris pour son application.

Le numéro de code des pathologies diagnostiquées est transmis aux organismes d'assurance maladie sur un support autre que la feuille de soins mentionnée à l'article R. 161-41, et par des moyens permettant aux professionnels de santé de respecter les règles déontologiques.

## **Article R161-31**

Lorsque le traitement automatisé mentionné à l'article L. 161-29 sera mis en oeuvre, les assurés sociaux, d'une part, et les professionnels, organismes ou établissements, d'autre part, seront informés par les organismes d'assurance maladie que :

1° Le remboursement des prestations par l'assurance maladie exige le recueil et la conservation des données codées concernant les assurés sociaux ou leurs ayants droit relatives aux actes effectués et aux prestations servies ;

2° Des dispositions légales et réglementaires autorisent ou imposent un traitement automatisé des données relatives aux actes effectués, aux prestations servies et aux pathologies diagnostiquées, ainsi que la transmission aux praticiens-conseils et aux personnels des organismes d'assurance maladie de celles de ces données qu'ils sont, respectivement, habilités à connaître dans des conditions et limites définies par l'article L. 161-29 ;

3° Les assurés sociaux exercent leur droit d'accès aux informations les concernant, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, auprès de l'organisme d'assurance maladie auquel ils sont affiliés ;

4° Chaque professionnel de santé exerce ce droit d'accès pour les informations relatives aux soins qu'il a dispensés et est destinataire des résultats des traitements de données concernant son activité dans les conditions définies par la ou les conventions nationales qui lui sont applicables.

## **Article R161-32**

Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie sont tenus de prendre toutes les dispositions nécessaires aux fins de préserver, notamment dans le cadre du traitement mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 161-29, la confidentialité des données transmises et traitées aux termes de cet article, et en particulier pour limiter aux seuls personnels habilités l'accès direct aux données médicales relatives aux assurés ou à leurs ayants droit.

A cette fin, les directeurs des organismes mentionnés à l'alinéa précédent veillent au respect des dispositions de l'acte autorisant le traitement automatisé, ainsi que des règles limitant l'accès direct aux données médicales des personnels placés sous leur autorité. Les praticiens-conseils veillent au respect des mêmes règles par les personnels placés sous leur autorité.

## **Article R161-33**

Dans l'intérêt de la santé publique et en vue d'assurer la maîtrise des dépenses de santé, les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie transmettent aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans les formes et conditions fixées par ceux-ci, celles des données issues du traitement automatisé mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 161-29 qui ne permettent pas l'identification des assurés sociaux ou des professionnels.

## **Sous-section 2 : Carte d'assurance maladie**

### **Article R161-33-1**

La carte électronique individuelle interrégimes mentionnée à l'article L. 161-31 est appelée carte d'assurance maladie.

Elle contient les informations suivantes :

1° Des données visibles comportant un numéro d'émetteur, un numéro propre à la carte, la date d'émission de cette dernière et des données d'identification du titulaire, à savoir son numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques, son nom de famille ou, si l'intéressé le demande, le nom d'usage, son prénom usuel, une photographie en couleur, de face, tête nue, récente et parfaitement ressemblante, et un signe d'identification de la carte en relief ;

2° Des données inscrites dans le composant électronique de la carte :

a) Les données visibles mentionnées ci-dessus ainsi que la période de validité de la carte, le nom de famille du titulaire s'il diffère du nom d'usage, ses autres prénoms le cas échéant, sa date de naissance, son adresse et la photographie numérisée identique à celle figurant sur la carte ;

b) Les données relatives aux droits aux prestations en nature au regard d'un régime de base d'assurance maladie ;

- c) Les données relatives au choix du médecin traitant du titulaire de la carte ;
- d) Les données relatives, le cas échéant et sous réserve de son consentement, à la situation du titulaire au regard de la protection complémentaire d'assurance maladie ;
- e) Les données relatives à la situation du titulaire en matière d'accident du travail ou de maladies professionnelles et aux derniers accidents ou maladies professionnelles reconnus ;
- f) Les données relatives à l'accès aux soins en cas de séjour ou résidence dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace économique européen ;
- g) Les données personnelles concernant les coordonnées d'une personne à prévenir en cas de nécessité si le titulaire de la carte y a consenti ;
- h) La mention indiquant que son titulaire a eu connaissance des dispositions de la réglementation sur le don d'organe ;
- i) Des données permettant :
- d'assurer la mise en oeuvre des fonctions de signature électronique ;
  - de protéger l'accès aux informations de la carte ;
  - d'authentifier la carte en tant que carte d'assurance maladie et d'identifier son titulaire.

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine les spécifications physiques et logiques et les données qu'elle contient.

## **Article R161-33-2**

Les informations relatives à la suppression ou la limitation de la participation de l'assuré mentionnées au premier alinéa de l'article L. 322-2 et figurant dans la carte ne sont accessibles que :

1° Au titulaire de celle-ci ;

2° Aux personnes facturant ou permettant la prise en charge des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie. Cet accès nécessite l'emploi de la carte de professionnel de santé mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 161-33 ou d'un dispositif d'authentification individuel offrant des garanties similaires de fonctionnalités et de sécurité et agréé par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article R. 161-54 ;

3° Aux agents des organismes gérant un régime d'assurance maladie.

### **Article R161-33-3**

Chaque organisme servant les prestations d'un régime d'assurance maladie délivre une carte d'assurance maladie aux personnes qui lui sont rattachées, en s'assurant de l'identité du titulaire de la carte. Lorsque la procédure de délivrance de la carte conduit à fournir une photocopie d'une pièce d'identité comportant une photographie, les documents transmis sont conservés pendant une durée maximale fixée par arrêté, à compter de la date de délivrance de la carte, aux fins d'éventuelles réclamations. La photographie est conservée selon les mêmes conditions.

La carte d'assurance maladie est la propriété de l'organisme servant les prestations d'un régime d'assurance maladie. Lors de la mise à disposition d'une carte d'assurance maladie, l'organisme d'affiliation vérifie que le titulaire de la carte n'est possesseur d'aucune autre carte valide.

### **Article R161-33-4**

I. - Lors de la délivrance à son bénéficiaire d'une carte d'assurance maladie, l'organisme émetteur joint une copie sur papier des informations enregistrées dans la carte et mentionnées aux a, b et le cas échéant aux c, d, e et f du 2° de l'article R. 161-33-1.

Une copie sur papier peut également être demandée par le titulaire de la carte à l'organisme lui servant les prestations d'un régime d'assurance maladie ou, sur présentation de sa carte d'assurance maladie, à n'importe quel organisme servant de telles prestations.

Le cas échéant et sur demande du titulaire, la copie ainsi délivrée peut ne pas mentionner l'existence d'une exonération de ticket modérateur.

Une copie sur papier des informations mentionnées le cas échéant au d ou e du 2° de l'article R. 161-33-1 est fournie par l'organisme figurant sur la carte qui sert au titulaire des prestations complémentaires ou des prestations servies en application de la législation relative aux accidents du travail ou aux maladies professionnelles.

II. - Le titulaire de la carte exerce son droit de rectification des informations inscrites dans la carte et mentionnées au 1° et aux a, b, c, d, e, f du 2° de l'article R. 161-33-1 auprès du ou des organismes gérant les informations le concernant.

III. - Le titulaire de la carte ou, à sa demande, un médecin peut inscrire, modifier ou supprimer les informations figurant aux g et h du 2° de l'article R. 161-33-1. L'inscription, la dernière modification ou la suppression d'une information comporte l'identification du titulaire ou du médecin ainsi que la date correspondante.

### **Article R161-33-5**

Les organismes servant les prestations d'un régime d'assurance maladie mettent en oeuvre des dispositifs permettant, d'une part, la consultation des informations contenues dans la carte d'assurance maladie, d'autre part, sur la base des informations contenues dans leurs fichiers, la mise à jour des informations autres que celles mentionnées aux g et h du 2° de l'article R. 161-33-1.

### **Article R161-33-6**

Le titulaire de la carte d'assurance maladie est tenu d'effectuer la mise à jour de sa carte en cas de changement des données mentionnées à l'article R. 161-33-1 ou selon une fréquence annuelle à compter de la date d'émission de celle-ci. A cette fin, il utilise les dispositifs techniques mis à sa disposition.

En cas de changement de rattachement à un régime d'assurance maladie, le nouvel organisme d'affiliation informe le titulaire de son obligation de mettre à jour la carte d'assurance maladie délivrée par le précédent organisme et des conditions dans lesquelles il doit l'effectuer.

A défaut de mise à jour, la carte ne peut plus être, temporairement, utilisée.

### **Article R161-33-7**

Le titulaire de la carte d'assurance maladie signale tout dysfonctionnement, perte ou vol de sa carte, selon la procédure indiquée par l'organisme lui servant les prestations d'un régime d'assurance maladie. Des frais peuvent être facturés en cas de demandes de remplacement abusives.

Les organismes servant les prestations d'un régime d'assurance maladie inscrivent dans la liste d'opposition les numéros des cartes en circulation et en cours de validité en cas de vol, perte ou dénonciation, conformément au I bis de l'article L. 161-31. Ils mettent cette liste, aux fins de consultation, à la disposition des personnes procédant à la facturation ou à la prise en charge d'actes ou de prestations remboursables par l'assurance maladie.

### **Article R161-33-8**

En cas de dispense d'avance de frais totale ou partielle consentie à l'assuré, selon des modalités déterminées par les conventions nationales, contrats nationaux ou autres dispositions applicables mentionnés à l'article L. 161-34, les organismes servant les prestations d'un régime d'assurance maladie peuvent garantir aux professionnels ou établissements ayant fait l'avance de frais le paiement des actes et prestations remboursables par eux sur la base des informations contenues dans la carte valide lors de la facturation ou de la prise en charge, et sous réserve de la bonne application des dispositions particulières concernant la vérification de certaines informations.

## **Article R161-33-9**

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peut conjointement, avec au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, ou l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, conclure un accord avec une ou plusieurs fédérations ou organisations professionnelles regroupant des organismes d'assurance maladie complémentaire ou avec l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie. Cet accord fixe les conditions dans lesquelles les organismes concernés conçoivent et gèrent, chacun pour ce qui le concerne, les éléments du système d'information permettant l'emploi de la carte d'assurance maladie.

## **Article R161-33-10**

Le ministre chargé de la sécurité sociale arrête, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés :

1° Les modalités d'émission, de distribution et de mise à jour des cartes d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale par les organismes servant les prestations d'un régime de base d'assurance maladie ;

2° Les modalités selon lesquelles le titulaire de la carte peut exercer son droit d'accès et de rectification pour les données contenues dans sa carte d'assurance maladie.

## **Sous-section 3 : Du Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie.**

### **Article R161-34**

Le Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie institué à l'article L. 161-32 a pour finalités :

1° De certifier les identifiants des bénéficiaires figurant dans les fichiers des organismes gérant les régimes de base ou complémentaires d'assurance maladie ;

2° De certifier le rattachement de chaque bénéficiaire à l'organisme qui lui sert les prestations de base d'assurance maladie ;

3° De contribuer aux procédures de délivrance et de mise à jour des cartes électroniques individuelles mentionnées à l'article L. 161-31 ;



4° Le cas échéant, de certifier le rattachement du bénéficiaire à un des organismes mentionnés au 3° de l'article R. 115-1 qui lui sert des prestations complémentaires d'assurance maladie et dont le bénéficiaire ou son représentant légal désire que l'identifiant figure sur sa carte électronique individuelle ;

5° De permettre des études statistiques dans les domaines sanitaire, social et démographique.

## **Article R161-35**

Le Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie comporte, pour chaque bénéficiaire ou ancien bénéficiaire, tout ou partie des informations suivantes, à l'exclusion de toute autre :

1° Son numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques et celui ou ceux qui lui auraient été précédemment attribués ;

2° Son nom de famille, son nom d'usage, le cas échéant, et ses prénoms ;

3° Ses date et lieu de naissance ;

4° Le cas échéant, la mention du décès ou l'indication que la personne n'est plus bénéficiaire de l'assurance maladie ;

5° L'identifiant de l'organisme d'assurance maladie qui lui sert ses prestations de base d'assurance maladie et la date de son rattachement, ainsi que, le cas échéant, l'identifiant de l'organisme d'assurance maladie lui servant précédemment les prestations de base d'assurance maladie et la date de rattachement ;

6° Eventuellement, l'identifiant d'un des organismes mentionnés au 3° de l'article R. 115-1 de son choix qui lui sert des prestations complémentaires d'assurance maladie et qu'il désire voir figurer sur sa carte électronique individuelle, et la date de son rattachement audit organisme ;

7° Le numéro de la dernière carte émise et sa date d'émission.

## **Article R161-36**

L'organisme gestionnaire du Répertoire national d'identification des personnes physiques transmet immédiatement, chaque jour ouvré, les mises à jour des informations mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article R. 161-35 à l'organisme responsable de la gestion technique du Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie.

## **Article R161-37**

I. - Les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture arrêtent, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés :

1° Les conditions dans lesquelles sont échangées, entre le Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie et les organismes chargés de la gestion des régimes d'assurance maladie de base ou complémentaires, les informations relatives à la certification des identifiants et à la connaissance du rattachement auxdits organismes ainsi qu'avec le groupement mentionné à l'article L. 115-5 aux fins du contrôle de la délivrance d'une carte par titulaire ;

2° Les modalités de réalisation des traitements effectués par le répertoire national précité ;

3° La durée de conservation des données pour les personnes décédées ou ayant cessé d'être bénéficiaires de l'assurance maladie.

Si l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés est défavorable, il ne peut être passé outre que par un décret pris sur avis conforme du Conseil d'Etat.

Le directeur de chaque organisme concerné est le responsable des traitements ainsi définis.

II. - Lorsque les dispositions prévues au I ci-dessus ont été prises, les organismes qui entrent dans leur champ d'application sont dispensés, par dérogation à l'article 12 du décret n° 78-774 du 17 juillet 1978 pris pour l'application des chapitres Ier à IV et VII de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés de présenter à la Commission nationale de l'informatique et des libertés les actes réglementaires prévus par l'article 15 de ladite loi et devant avoir le même objet que lesdites dispositions.

III. - Les bénéficiaires de l'assurance maladie peuvent exercer leur droit de rectification des données les concernant contenues dans le Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie auprès de :

1° L'Institut national de la statistique et des études économiques, chargé de la gestion du Répertoire national d'identification des personnes physiques, pour les données d'identification des personnes ;

2° L'organisme leur servant les prestations de base d'assurance maladie, pour les données relatives au rattachement à un organisme servant de telles prestations ;

3° L'organisme d'assurance maladie complémentaire qu'ils désirent voir figurer sur leur carte électronique individuelle, pour les données relatives au rattachement à cet organisme.

IV. - Pour les traitements ayant une finalité statistique, les modalités d'accès et d'utilisation du Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie sont arrêtées par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture et de l'économie, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Toutefois, l'organisme chargé de la gestion du répertoire peut effectuer des traitements statistiques non nominatifs visant à évaluer la qualité des informations qui lui parviennent et des traitements qu'il effectue, en vue de l'amélioration de ces derniers.

V. - L'utilisation du Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie à des fins de recherche des personnes est interdite en dehors des cas expressément prévus par la loi. Toutefois, une telle utilisation peut être autorisée, dans l'intérêt de la santé des personnes concernées ou en raison du risque de maladie transmissible, par un arrêté du ministre chargé de la santé, pris sur avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

## **Article R161-38**

La gestion technique du Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie, pour le compte et sous le contrôle des organismes gérant un régime d'assurance maladie de base ou complémentaire, est confiée à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

A cette fin, des conventions fixant les conditions techniques et financières d'alimentation et d'utilisation dudit répertoire, ainsi que ses modalités de gestion, sont passées entre :

1° La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et l'Institut national de la statistique et des études économiques ;

2° La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et les organismes gérant un régime de base d'assurance maladie ; cette convention est applicable à l'ensemble des organismes gérant un régime de base d'assurance maladie lorsque au moins deux des caisses nationales d'assurance maladie visées à l'article L. 162-7, dont la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en sont signataires ; l'adhésion à la convention de l'organisme chargé de la gestion du régime d'assurance maladie applicable aux travailleurs expatriés visé à l'article R. 762-1 donne lieu à un avenant approprié ;

3° La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et une ou plusieurs organisations nationales regroupant des organismes mentionnés au 3° de l'article R. 115-1.

Les conventions visées aux 2° et 3° deviennent exécutoires après leur approbation par les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et, pour ce qui concerne la convention visée au 3°, de l'économie.

A défaut de signature ou de renouvellement à leur échéance des conventions mentionnées au 2° et au 3°, les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture et, le cas échéant, de l'économie, peuvent en arrêter les dispositions.

## **Sous-section 4 : Des documents auxquels sont subordonnées la constatation des soins et l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie**

### **Article R161-39**

Les dispositions de la présente sous-section sont applicables que l'avance des frais soit à la charge de l'assuré ou qu'il bénéficie d'une dispense d'avance de frais totale ou partielle.

Dans les deux cas, les mêmes documents sont exigés pour le remboursement à l'assuré et le paiement des actes ou prestations au professionnel, à l'organisme ou à l'établissement responsable de leur délivrance.

### **Article R161-40**

La constatation des soins et l'ouverture du droit au remboursement par les organismes servant les prestations de l'assurance maladie sont subordonnées à la production d'une part de documents électroniques ou sur support papier, appelés feuilles de soins, constatant les actes effectués et les prestations servies, d'autre part de l'ordonnance du prescripteur, s'il y a lieu.

Les feuilles de soins nécessaires aux actes effectués et aux prestations servies, directement liés à une hospitalisation dans un établissement de santé mentionné au d de l'article L. 162-22-6, sont appelées bordereaux de facturation.

### **Article R161-41**

Les feuilles de soins comportent, d'une part, des rubriques de renseignements dont l'indication conditionne l'ouverture du droit à remboursement de l'assuré, d'autre part, des informations supplémentaires dont l'indication, sans conditionner l'ouverture du droit à remboursement, contribue à la maîtrise des dépenses de santé.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine les modèles et les spécifications techniques des feuilles de soins.

### **Article R161-42**

Les rubriques de renseignements des feuilles de soins dont l'indication conditionne la constatation des soins et le droit à remboursement de l'assuré font apparaître :

1° Selon que la feuille de soins est électronique ou utilise un support papier :

a) Lorsqu'elle est électronique, l'identifiant de l'assuré et, lorsque ce dernier n'est pas le bénéficiaire des actes ou prestations, de son ayant droit ;

b) Lorsqu'elle utilise un support papier, les noms, prénoms, portés par le professionnel, l'organisme ou l'établissement et le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques de l'assuré ou, lorsque ce dernier n'est pas le bénéficiaire des actes ou prestations, les noms, prénoms, portés de manière identique, et le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques de son ayant droit ou, à défaut de la connaissance de son numéro d'immatriculation, sa date de naissance et son rang dans le cas de dates de naissance identiques entre plusieurs ayants droit de l'assuré ;

2° Selon que la feuille de soins est électronique ou utilise un support papier :

a) Lorsqu'elle est électronique :

-l'identifiant personnel du professionnel ayant effectué les actes, prescrit ou servi les prestations, sa situation d'exercice ainsi que l'identifiant de la structure d'activité correspondante ;

-le cas échéant, lorsqu'il est différent de ceux mentionnés à l'alinéa précédent, l'identifiant de l'organisme ou de l'établissement ayant servi les prestations ;

b) Lorsqu'elle utilise un support papier :

-les noms, prénoms, identifiant personnel et situation d'exercice du professionnel ayant effectué les actes, prescrit ou servi les prestations ainsi que la raison sociale, l'adresse et l'identifiant de la structure d'activité correspondante ;

-le cas échéant, lorsqu'ils sont différents de ceux mentionnés à l'alinéa précédent, la raison sociale, l'adresse et l'identifiant de l'organisme ou de l'établissement ayant servi les prestations ;

3° La date à laquelle chaque acte ou prestation est effectué ou servi ;

4° La mention, s'il y a lieu, du fait que les actes ou prestations sont effectués ou servis consécutivement à un accident, et des éléments permettant d'identifier cet accident ; ces renseignements sont recueillis auprès du bénéficiaire des actes ou prestations ; l'assuré est responsable de leur véracité ;

5° Pour chacun des actes ou prestations et, selon le cas, le numéro de code :

a) De l'acte figurant dans la nomenclature mentionnée à l'article R. 162-52 et sa cotation ;

b) De l'acte figurant dans la nomenclature mentionnée à l'article R. 162-18 et sa cotation ;

c) Des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

d) Des médicaments spécialisés, préparations magistrales ou fournitures pharmaceutiques mentionnés sur les listes de l'article L. 162-17 et, le cas échéant, du médicament prescrit auquel le pharmacien en a substitué un autre, conformément à la réglementation en vigueur lorsque la prescription est libellée en dénomination commune, au sens de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, le numéro de code du médicament délivré par le pharmacien est complété par la mention correspondante ;

e) Des produits sanguins labiles mentionnés à l'article L. 666-9 du code de la santé publique ;

f) Des médicaments inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 618 du code de la santé publique et facturés à l'unité, par dérogation au forfait pharmaceutique journalier défini au 3° de l'article 10 du décret n° 92-1257 du 3 décembre 1992 relatif aux établissements de soins privés ;

6° Le cas échéant, la référence de l'accord préalable ;

7° Le numéro d'ordre de l'acte ou de la prestation lorsque sa prise en charge unitaire varie en vertu de conventions ou de dispositions réglementaires relatives à l'image d'un appareil et l'identification de ce dernier ;

8° Le montant des honoraires ou de la facture du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement ayant effectué l'acte ou servi la prestation ainsi que, le cas échéant, le montant de la dispense d'avance de frais totale ou partielle consentie au bénéficiaire ;

9° S'il y a lieu, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée ;

10° La date à laquelle les rubriques de la feuille de soins sont complétées, qui détermine le point de départ du délai mentionné à l'article L. 161-33 ; elle correspond, selon le choix du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement, ou bien à la date du paiement par l'assuré des actes effectués ou des prestations servies et présentés au remboursement ou bien, lorsque sont en cause plusieurs actes ou prestations rapprochés ou relevant d'un même traitement, à la date de réalisation ou de délivrance du dernier acte ou de la dernière prestation présentée à remboursement ;

11° Pour les bordereaux de facturation, tels que définis au deuxième alinéa de l'article R. 161-40 :

a) Les frais afférents aux articles R. 162-31, R. 162-31-1 et R. 162-32, y compris le cas échéant aux prestations servies par un autre établissement de santé au cours du séjour du patient, ainsi qu'à la fourniture des produits ou médicaments mentionnés au 2° de l'article R. 162-31-2 et au 1° du R. 162-32-1 ;

b) mentionnés au 1° de l'article R. 162-31-2 et au 2° de l'article R. 162-32-1, correspondant aux actes effectués au cours du séjour du patient, quelle que soit la nature du lien existant entre le professionnel et l'établissement.

Par dérogation au 10° du présent article, le point de départ du délai mentionné au I de l'article R. 161-47 est la date de fin d'hospitalisation du patient.

Les compléments de facturation correspondant aux prestations servies ou aux actes effectués par des tiers, hors de l'établissement, durant le séjour et pour le compte du patient, peuvent être disjoints du bordereau. Dans cette hypothèse, le délai mentionné au I de l'article R. 161-47 court à compter de la date de réception par l'établissement des derniers éléments de facturation présentés au remboursement.

## **Article R161-43**

Sous réserve des dispositions de l'article R. 161-43-1 :

1° Les feuilles de soins sont signées de l'assuré et du ou des professionnels ayant effectué les actes ou servi les prestations présentés au remboursement ;

2° Lorsque sont utilisées des feuilles de soins électroniques, les signatures sont données par la lecture de la carte électronique individuelle mentionnée à l'article L. 161-31 et de la carte de professionnel de santé définie à l'article L. 161-33. Le procédé technique mis en oeuvre doit garantir le maintien, dès l'obtention de la signature du bénéficiaire, de l'intégrité des données constitutives de la feuille de soins jusqu'à transmission de celle-ci aux fins de remboursement ;

3° Pour les prestations dispensées par les organismes ou établissements, autres que celles mentionnées au b du 11° de l'article R. 161-42, les feuilles de soins ou bordereaux établis pour la facturation des frais correspondants, quels qu'en soient le support et le mode de transmission, sont signés de l'assuré ou du bénéficiaire des soins et du directeur de l'établissement ou de son représentant.

Dans ce cas, et par dérogation aux dispositions qui précèdent, la signature de l'assuré ou du bénéficiaire ne vaut attestation que des seuls éléments relatifs à son identité, au lieu et à la durée de son séjour et aux conditions de prise en charge dont il bénéficie.

## **Article R161-43-1**

Il peut être dérogé aux dispositions de l'article R. 161-43 dans les cas suivants :

1° La signature de la feuille de soins par l'assuré ou le bénéficiaire n'est pas exigée :

-lorsque le bénéficiaire des soins n'est pas en état d'exprimer sa volonté ou lorsqu'il s'agit d'un bénéficiaire des dispositions de l'article L. 322-3 (6°), hébergé à ce titre dans un établissement éloigné du domicile de ses parents ou de la personne exerçant le droit de tutelle, pour les frais correspondants, y compris pour les frais de soins dispensés à la demande dudit établissement ;

-pour les feuilles de soins relatives à la facturation de certains produits ou prestations visés à l'article L. 165-1 et dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie ;

-pour les feuilles de soins électroniques ou les feuilles de soins sur support papier, lorsqu'elles sont envoyées directement à l'organisme d'assurance maladie, relatives à la facturation des actes effectués ou des prestations servies par les laboratoires de biologie médicale et les anatomo-cyto-pathologistes, dans les conditions prévues à l'article R. 161-46 ;

-pour les éléments de facturation mentionnés au b du 11° de l'article R. 161-42, quels que soient le support et le mode de transmission du bordereau.

2° Pour les éléments de facturation correspondant aux actes mentionnés au b du 11° de l'article R. 161-42, le bordereau de facturation, qu'il soit électronique ou établi sur support papier, est signé par le professionnel ayant lui-même réalisé l'acte présenté au remboursement ou, à défaut :

-soit par un confrère ayant une qualification équivalente et exerçant son activité au sein du même établissement, sous réserve que celui-ci soit mandaté à cette fin par le professionnel auteur de l'acte présenté au remboursement et que le mandat résulte d'un acte exprès faisant apparaître l'identité et la qualité du mandataire ;

-soit, sous la même réserve, par le directeur de l'établissement ou la ou les personnes qu'il désigne à cet effet.

Quel que soit le signataire du bordereau, la facturation des frais présentés au remboursement est établie, sous la responsabilité, déterminée dans les conditions prévues par le code civil, du professionnel auteur de l'acte, chacun en ce qui le concerne, tant en ce qui concerne l'attestation de la réalisation que la cotation de l'acte, à partir des éléments communiqués et certifiés par lui en vue de compléter le bordereau de facturation.

Un arrêté du ministre chargé de l'assurance maladie détermine les modalités d'établissement du mandat.

## **Article R161-44**

Les informations supplémentaires dont l'indication contribue à la maîtrise des dépenses de santé sont :

1° Le numéro d'ordre du bordereau de facturation, et, en cas de transmission électronique, de la feuille de soins ;

2° S'il y a lieu, la mention, par le professionnel de santé qui exécute la prescription, de la date à laquelle les actes ou prestations ont été prescrits ; l'identifiant personnel du prescripteur et, le cas échéant, l'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle les actes ou prestations ont été



prescrits ; la référence permettant le rapprochement de la prescription et de la feuille de soins du professionnel exécutant.

## **Article R161-45**

I.-L'ordonnance, lorsqu'elle existe, doit comporter les éléments suivants.

Le prescripteur y fait mention, quel que soit le support :

1° Des nom et prénoms du bénéficiaire des actes ou prestations ;

2° De son propre identifiant et, le cas échéant, de l'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle est établie l'ordonnance ;

3° De la date à laquelle elle est faite et de la référence permettant son rapprochement avec la feuille de soins ;

4° Le cas échéant, de l'indication prévue à l'article L. 162-4 ;

5° Le cas échéant, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée.

L'ordonnance est signée du prescripteur. Ce dernier indique en outre, s'il y a lieu, sur l'ordonnance écrite remise au bénéficiaire des soins, que la prescription est transmise électroniquement à l'organisme d'assurance maladie, conformément aux dispositions du 1° du I de l'article R. 161-48.

Un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie et de l'agriculture, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine les spécifications techniques de l'ordonnance électronique et, pour l'ordonnance sur support papier, les caractéristiques permettant la lecture automatique des éléments d'identification du prescripteur qu'elle comporte ainsi que le rapprochement de l'ordonnance avec la feuille de soins correspondante lorsque cette dernière est transmise par voie électronique. Cet arrêté fixe en outre les modèles et les spécifications particulières des ordonnances, électroniques ou sur support papier, relatives aux actes ou prestations destinés à des assurés dont la loi a limité ou supprimé la participation financière.

II.-Sans préjudice des règles déontologiques qui s'appliquent aux professionnels de santé et des dispositions de l'article L. 162-36 du présent code, le professionnel qui exécute la prescription porte sur l'ordonnance écrite son identifiant et les références permettant de rapprocher cette ordonnance de la feuille de soins correspondant aux actes ou prestations qu'il a effectués ou servis.

Ces références sont :

-la date des prestations qu'il sert ;

-les nom et prénoms du bénéficiaire des soins ;

-l'identification de la caisse de l'assuré ;

-le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques de l'assuré ou, si celui-ci n'est pas le bénéficiaire des soins, le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques ou, à défaut, la date de naissance de ce dernier.

Le professionnel ne porte pas ces références sur l'ordonnance dans le cas prévu au 1° du I de l'article R. 161-48.

Il appose, en outre, sa signature sur l'ordonnance.

### **Article R161-46**

Les échantillons biologiques adressés aux laboratoires de biologie médicale dans les conditions mentionnées aux articles L. 6211-13 à L. 6211-15 et L. 6211-17 du code de la santé publique et aux anatomo-cyto-pathologistes sont accompagnés d'un bon d'examen qui comporte les informations, non mentionnées sur l'ordonnance, nécessaires pour compléter les rubriques d'une feuille de soins, envoyée à l'assuré ou à l'organisme d'assurance maladie. Ces informations sont celles définies aux 1°, 4° et 9° de l'article R. 161-42 et l'identifiant de l'organisme d'assurance maladie.

### **Article R161-47**

I. - La transmission aux organismes servant les prestations de base de l'assurance maladie des feuilles de soins est assurée dans les conditions ci-après définies.

Les feuilles de soins sont transmises par voie électronique ou par envoi d'un document sur support papier.

1° En cas de transmission par voie électronique, le professionnel, l'organisme ou l'établissement ayant effectué des actes ou servi des prestations remboursables par l'assurance maladie transmet les feuilles de soins électroniques dans un délai dont le point de départ est la date fixée au 10° et au 11° de l'article R. 161-42 et qui est fixé à :

a) Trois jours ouvrés en cas de paiement direct de l'assuré ;

b) Huit jours ouvrés lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance de frais.

En cas d'échec de la rémission d'une feuille de soins électronique, ou si le professionnel, l'organisme ou l'établissement n'est pas en mesure, pour une raison indépendante de sa volonté, de transmettre la feuille de soins électronique, il remet un duplicata sur support papier à l'assuré ou à l'organisme servant à ce dernier les prestations de base de l'assurance maladie selon des modalités

fixées par les conventions mentionnées à l'article L. 161-34.

Le professionnel, l'organisme ou l'établissement conserve le double électronique des feuilles de soins transmises, ainsi que leurs accusés de réception pendant quatre-vingt-dix jours au moins. Il remet à l'assuré, sur demande de ce dernier, copie de la feuille de soins transmise, sauf modalités contraires prévues par les conventions mentionnées à l'article L. 161-34.

2° En cas d'envoi sous forme de document sur support papier, la transmission par courrier à l'organisme servant à l'assuré les prestations de base de l'assurance maladie est assurée :

a) Sous la responsabilité de l'assuré lorsque ce dernier acquitte directement le prix de l'acte ou de la prestation ;

b) Sous la responsabilité du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement, dans un délai de huit jours suivant la même date, lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance de frais.

II. - Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine :

1° Les conditions de réception et de conservation par les organismes d'assurance maladie des feuilles de soins transmises par la voie électronique ;

2° Les modalités d'envoi des messages que ces organismes émettent en application des dispositions du deuxième alinéa du 1° du I ;

3° Les conditions d'exercice par le malade, l'assuré et le professionnel, personne physique, du droit d'accès et de rectification aux données les concernant.

Le directeur de chaque organisme d'assurance maladie est le responsable des traitements ainsi définis.

III. - En cas d'échec de la réémission d'une feuille de soins électronique prévue par la procédure mentionnée au deuxième alinéa du 1° du I du présent article, ou si le professionnel, l'organisme ou l'établissement qui l'a établie n'est pas en mesure, pour une raison indépendante de sa volonté, de transmettre la feuille de soins électronique, l'assuré peut obtenir le remboursement des sommes dues en produisant un duplicata clairement signalé comme tel et conforme au modèle mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 161-41 signé du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement concerné. Ce duplicata peut aussi être remis directement par le professionnel, l'organisme ou l'établissement à l'organisme servant à l'assuré les prestations d'un régime de base d'assurance maladie selon des modalités fixées par les conventions mentionnées à l'article L. 161-34.

De même, si une feuille de soins utilisant un support papier n'est pas parvenue à l'organisme servant à l'assuré les prestations d'un régime de base d'assurance maladie, l'assuré peut obtenir le remboursement des sommes dues, en produisant dans les conditions mentionnées à l'alinéa précédent un duplicata signé du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement concerné.

L'assuré ne peut faire valoir ses droits à remboursement au moyen d'une copie électronique que si quinze jours au moins et quatre-vingt-dix jours au plus se sont écoulés depuis la date d'élaboration de la feuille de soins mentionnée au 10° de l'article R. 161-42.

## **Article R161-48**

I. - La transmission aux organismes d'assurance maladie des ordonnances est assurée selon l'une des procédures suivantes :

1° Ou bien le prescripteur transmet l'ordonnance par voie électronique ; la transmission est faite à l'organisme servant les prestations de base de l'assurance maladie dans les mêmes conditions et délais que ceux prévus au 1° du I de l'article R. 161-47 ;

2° Ou bien l'ordonnance est transmise par l'exécutant de la prescription, lorsqu'il transmet par voie électronique la feuille de soins à l'organisme servant à l'assuré les prestations de base de l'assurance maladie ; dans ce cas, la transmission est faite, sauf stipulation contraire d'une convention mentionnée à l'article L. 161-34, à la caisse du régime de l'assuré dans la circonscription de laquelle cet exécutant exerce, dans les mêmes délais que ceux prévus pour la transmission de la feuille de soins électronique ;

3° Ou bien l'ordonnance est transmise dans les mêmes conditions que celles prévues au 2° du I de l'article R. 161-47 lorsque l'exécutant de la prescription utilise une feuille de soins sur support papier.

Il n'est pas fait application des dispositions qui précèdent lorsque l'ordonnance a été préalablement transmise à l'organisme d'assurance maladie à l'appui d'une demande adressée en vue de l'obtention de l'accord préalable mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 315-2.

II. - Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine :

1° Les conditions de réception et de conservation par les organismes d'assurance maladie des ordonnances transmises par la voie électronique ;

2° Les conditions d'exercice, par le malade, l'assuré et le professionnel, personne physique, du droit d'accès et de rectification aux données les concernant.

Le directeur de chaque organisme d'assurance maladie est le responsable des traitements ainsi définis.

## **Article R161-49**

Les feuilles de soins, qu'elles soient électroniques ou sur support papier, tiennent lieu de facturation. Elles sont conservées par l'organisme d'assurance maladie durant le délai mentionné à l'article 26 du décret n° 86-1309 du 29 décembre 1986 fixant les conditions d'application de l'ordonnance du 1er décembre 1986.

Toutefois, en cas de paiement direct en espèces par l'assuré au professionnel ayant effectué des actes ou servi des prestations, ce dernier lui remet une quittance, dont le contenu est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et des finances et de la santé.

## **Article R161-50**

La vignette apposée sur le conditionnement des médicaments dans les conditions définies à l'article L. 625 du code de la santé publique doit être gommée ou adhésive et pouvoir être prélevée sans rupture du scellement de la spécialité. Le ministre chargé de la sécurité sociale définit par arrêté les caractéristiques que doivent présenter les procédés utilisés pour satisfaire à ces conditions.

La vignette doit porter le mot "vignette", la dénomination sous laquelle le médicament figure sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, le numéro d'inscription sur cette liste et le prix limité de vente au public.

Aucune vignette ne peut être remise à un titre quelconque si elle n'est apposée sur le conditionnement de la spécialité.

Les échantillons ne doivent comporter ni renfermer aucune vignette.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la forme et la couleur de la vignette ainsi que les mentions ou autres caractéristiques qu'elle doit comporter.

## **Article R161-51**

La vignette prévue à l'article R. 161-50 doit être jointe par l'assuré ou le pharmacien à l'appui des demandes de remboursement présentées à l'organisme d'assurance maladie dans les cas et selon les modalités prévus au 2° du I de l'article R. 161-47. Elle doit être collée par l'assuré ou le pharmacien sur la feuille de soins revêtant une forme écrite établie par ce dernier en cas de paiement direct. Lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance de frais totale ou partielle, il doit remettre la vignette à ce dernier dès la délivrance du produit pour être annexée aux états adressés à l'organisme compétent.

Toutefois, la vignette du médicament dont il est demandé le remboursement ou la prise en charge à l'aide de feuilles de soins sur support papier n'a pas à être collée ni remise au pharmacien, dès lors que son image électronique est communiquée à l'organisme d'assurance maladie dans des conditions définies par la convention nationale mentionnée à l'article L. 161-34. Elle est alors estampillée par le pharmacien. L'estampillage est réalisé au moyen d'une marque appliquée à l'encre indélébile et

débordant de part et d'autre de la vignette ou d'un tampon à l'encre indélébile portant la mention : annulée.

La présence d'une vignette dans le conditionnement d'un médicament ne crée pas, par elle-même, un droit aux assurés en ce qui concerne la prise en charge, non plus qu'en ce qui concerne le taux de participation.

## **Sous-section 5 : Carte de professionnel de santé**

### **Article R161-52**

La carte de professionnel de santé mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 161-33 contient les informations suivantes :

1° Des données visibles comportant un numéro d'émetteur, un numéro propre à la carte et la date de fin de validité de cette dernière et des données d'identification du titulaire, qui sont le nom d'exercice et le prénom usuel, la profession, un numéro d'identification propre au titulaire et, s'il y a lieu, la raison sociale et le numéro d'identification de l'organisme dans lequel est exercée l'activité principale ;

2° Des données inscrites dans le composant électronique de la carte :

a) Les données visibles mentionnées ci-dessus et le nom de famille s'il diffère du nom d'exercice ;

b) S'il y a lieu, la ou les spécialités du titulaire, son activité principale, sa ou ses activités secondaires et pour chacune d'elles le mode d'exercice et, le cas échéant, la forme juridique de la structure dans laquelle s'exerce l'activité ;

c) Les données décrivant la situation du titulaire au regard de l'assurance maladie ;

d) Des données techniques permettant :

- d'assurer les fonctions de signature et de chiffrement ;

- d'activer la carte au moyen d'un code confidentiel ;

- de protéger l'accès aux informations de la carte ;

- d'authentifier la carte en tant que carte de professionnel de santé, en tant que carte propre à une profession et à une activité déterminées et en tant que carte propre à une personne déterminée.

Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et de l'organisme émetteur mentionné à l'article R. 161-54, détermine les spécifications physiques et logiques permettant d'assurer la fiabilité de la carte et des données qu'elle contient.

### **Article R161-53**

Pour les professions de santé réglementées par le code de la santé publique dont l'exercice est subordonné à l'enregistrement du diplôme par l'Etat et pour les personnes facturant ou permettant la prise en charge des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, les données d'identification mentionnées au 1° et au a du 2° de l'article R. 161-52 ainsi que les données mentionnées au b du 2° du même article sont issues des déclarations du demandeur, validées par :

1° Le service ou l'organisme chargé, pour le compte de l'Etat, de l'enregistrement du diplôme et, pour les professionnels relevant d'un ordre professionnel, l'instance ordinaire compétente ;

2° Pour les professionnels relevant des dispositions du statut général des militaires, par le ministre chargé des armées ;

3° Et, s'il y a lieu, le directeur de la structure dans laquelle le demandeur exerce son activité.

La production des données mentionnées au c du 2° de l'article R. 161-52 incombe à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

### **Article R161-54**

Un groupement d'intérêt public émet, délivre et gère les cartes de professionnel de santé. Il veille à leur bon usage et assure la fiabilité des mécanismes et la protection de clés sur lesquelles reposent la confidentialité des données chiffrées et la validité des signatures électroniques produites à l'aide de ces cartes.

### **Article R161-55**

I. - La carte de professionnel de santé est délivrée aux professionnels et aux directeurs d'organismes ou établissements dispensant au titre de leur activité principale des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie. Pour ces professionnels, la carte est renouvelée automatiquement à la fin de sa période de validité.

II. - La carte de professionnel de santé est aussi délivrée aux professionnels en formation autorisés à effectuer des remplacements.

III. - Les titulaires de la carte visée au I ci-dessus peuvent demander à l'organisme émetteur une carte pour les personnes qu'ils emploient et qui sont appelées par délégation à signer les documents électroniques mentionnés à l'article L. 161-33. Ces cartes sont émises sur la base des informations produites par l'employeur, au nom de l'employé porteur ou au nom de l'employeur titulaire.

IV. - Les organismes gérant un régime de base d'assurance maladie peuvent demander à l'organisme émetteur une carte pour leur personnel appelé à lire et à traiter les documents mentionnés à l'article L. 161-33.

### **Article R161-56**

En cas d'erreur relative aux informations portées sur la carte, le titulaire exerce auprès de l'organisme émetteur son droit de rectification des informations de la carte.

En cas de modification de sa situation affectant les informations portées sur la carte, le titulaire en informe les autorités compétentes qui procèdent aux contrôles nécessaires et informent à leur tour l'organisme émetteur afin qu'il inscrive dans la carte les nouvelles informations.

### **Article R161-57**

En cas de perte, de vol ou de dysfonctionnement de sa carte, le titulaire en informe l'organisme émetteur.

Afin d'éviter les utilisations frauduleuses des cartes de professionnel de santé, l'organisme émetteur établit une liste d'oppositions qui est mise à la disposition des utilisateurs. Cette liste peut contenir les numéros des cartes perdues, volées, périmées ou ayant cessé d'être valides pour toute autre raison.

### **Article R161-58**

Pour les applications télématiques et informatiques du secteur de la santé, la signature électronique produite par la carte de professionnel de santé est reconnue par les administrations de l'Etat et les organismes de sécurité sociale comme garantissant l'identité et la qualité du titulaire de la carte ainsi que l'intégrité du document signé. Ainsi signés, les documents électroniques mentionnés à l'article L. 161-33 sont opposables à leur signataire.

## **Section 5 : Dossier pharmaceutique.**

### **Sous-section 1 : Dispositions générales.**



## **Article R161-58-1**

Le dossier pharmaceutique prévu à l'article L. 161-36-4-2 est créé par un pharmacien d'officine avec le consentement exprès du bénéficiaire de l'assurance maladie concerné. Il est géré par voie électronique. Il est à l'usage des pharmaciens d'officine.

L'identifiant de santé prévu à l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique est utilisé pour son ouverture et sa gestion.

## **Sous-section 2 : Contenu du dossier pharmaceutique.**

### **Article R161-58-2**

I. # Le dossier pharmaceutique comporte les informations relatives :

1° Au bénéficiaire de l'assurance maladie :

- a) Nom de famille ou nom d'usage, prénom usuel, date de naissance ;
- b) Sexe et, en cas de naissance multiple, rang de naissance.

2° A la dispensation des médicaments :

- a) Identification et quantité des médicaments, produits et objets définis à l'article L. 4211-1 du code de la santé publique dispensés pour l'usage du bénéficiaire, avec ou sans prescription médicale ;
- b) Dates de dispensation.

II. # Chaque intervention sur le dossier pharmaceutique aux fins de création, de consultation, d'alimentation de clôture ou, à la demande du bénéficiaire ou de son représentant légal, de rectification des informations ou édition d'une copie, est datée et comporte l'identification du pharmacien d'officine qui a effectué cette intervention.

## **Sous-section 3 : Création et clôture du dossier pharmaceutique.**

### **Article R161-58-3**

Après avoir pris connaissance des informations relatives à la création, l'utilisation et la clôture du dossier pharmaceutique ainsi qu'à son droit à la rectification des données le concernant, communiquées par le pharmacien d'officine, le bénéficiaire de l'assurance maladie ou son représentant légal autorise expressément sa création. Une attestation de création mentionnant son autorisation expresse et son droit à rectification et à la clôture du dossier lui est remise par le pharmacien.

Lorsque le bénéficiaire devient majeur, le dossier pharmaceutique subsiste dès lors que le pharmacien a recueilli le consentement du bénéficiaire.

### **Article R161-58-4**

Le bénéficiaire de l'assurance maladie ou son représentant légal peut demander la clôture du dossier pharmaceutique à tout moment auprès d'un pharmacien d'officine. Le pharmacien remet au bénéficiaire ou à son représentant légal une attestation de clôture mentionnant qu'elle a été réalisée à

sa demande.

Le dossier pharmaceutique est automatiquement clos par l'hébergeur mentionné à l'article R. 161-58-10, s'il n'a fait l'objet d'aucun accès pendant une durée de trois ans.

Lorsque le dossier pharmaceutique est clos, son contenu est détruit dans sa totalité par l'hébergeur.

## **Sous-section 4 : Utilisation du dossier pharmaceutique.**

### **Article R161-58-5**

I. # Le pharmacien d'officine consulte et alimente le dossier pharmaceutique, en utilisant conjointement :

1° La carte du bénéficiaire de l'assurance maladie prévue à l'article L. 161-31 ;

2° Sa propre carte de professionnel de santé, mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 161-33.

II. # Au moment de la dispensation, et sauf opposition du bénéficiaire ou de son représentant légal, le pharmacien, dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui lui sont applicables :

1° Consulte le dossier pharmaceutique, afin de déceler et de signaler au bénéficiaire ou à son représentant légal les éventuels risques de redondances de traitements ou d'interactions médicamenteuses pouvant entraîner des effets iatrogènes connus et, le cas échéant, de refuser la dispensation ou de délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, dans les conditions respectivement des articles R. 4235-61 et L. 5125-23 du code de la santé publique.

2° Reporte ensuite dans ce dossier les informations mentionnées au 2° du I de l'article R. 161-58-2.

### **Article R161-58-6**

Le bénéficiaire du dossier pharmaceutique ou son représentant légal peut s'opposer à ce que le pharmacien consulte son dossier ou à ce que certaines informations mentionnées au 2° de l'article R. 161-58-2 y soient enregistrées. Dans ce cas, le pharmacien mentionne l'existence d'un refus.

### **Article R161-58-7**

Les données issues du dossier pharmaceutique qui ne correspondent pas à des dispensations effectuées dans une officine déterminée ne peuvent être enregistrées dans le système informatique de cette officine.

### **Article R161-58-8**

Les dispositions de la présente section s'appliquent, sous le contrôle et la responsabilité des pharmaciens d'officine, aux professionnels de santé habilités par la loi à les seconder dans la dispensation des médicaments. Ces professionnels utilisent leur propre carte de professionnel de santé, délivrée dans les conditions mentionnées au III de l'article R. 161-55, pour créer et gérer le dossier pharmaceutique.

## **Sous-section 5 : Droits des personnes sur les informations figurant dans le dossier pharmaceutique.**

## **Article R161-58-9**

Le bénéficiaire du dossier pharmaceutique ou son représentant légal peut obtenir auprès d'un pharmacien d'officine une copie des informations mentionnées au I de l'article R. 161-58-2 contenues dans le dossier ouvert à son nom.

Cette copie est communiquée uniquement sur papier et remise au bénéficiaire ou à son représentant légal. Dans ce cas, les frais de copie, qui ne peuvent excéder le coût de la reproduction, peuvent être laissés à la charge de la personne qui l'a demandée.

Il peut également obtenir communication des traces d'interventions mentionnées au II de l'article R. 161-58-2 auprès de l'officine où ces interventions ont été effectuées.

Le bénéficiaire ou son représentant légal peut, le cas échéant, exercer son droit de rectification auprès de tout pharmacien d'officine. Lorsque la personne obtient une modification de l'enregistrement, elle est en droit d'obtenir le remboursement des éventuels frais de copie auprès du pharmacien qui les a perçus.

## **Sous-section 6 : Hébergement du dossier pharmaceutique et accès aux données qu'il contient.**

### **Article R161-58-10**

Les dossiers pharmaceutiques sont hébergés chez un hébergeur unique de données de santé à caractère personnel, agréé en application des articles R. 1111-9 à R. 1111-16 du code de la santé publique. Cet hébergeur est sélectionné par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens qui passe avec lui un contrat. Ce contrat précise notamment les conditions techniques nécessaires pour assurer la qualité et la continuité du service rendu, la conservation, la sécurité, la confidentialité et l'intégrité des données, ainsi que leur interopérabilité avec le dossier médical personnel.

### **Article R161-58-11**

Les données du dossier pharmaceutique sont conservées et accessibles dans les conditions suivantes :

1° Les données mentionnées au 1° du I de l'article R. 161-58-2 sont conservées par l'hébergeur et accessibles par le pharmacien d'officine pendant toute la durée du dossier ;

2° Les données mentionnées au 2° de l'article R. 161-58-2 sont, à compter de la date à laquelle elles ont été saisies, accessibles par le pharmacien d'officine pendant quatre mois, puis archivées par l'hébergeur pendant une durée complémentaire de trente-deux mois afin de permettre, en cas d'alerte sanitaire relative à un médicament, d'en informer les patients auxquels ce médicament a été dispensé. Au terme de la durée totale de trois ans, l'hébergeur détruit les données, ainsi que les traces d'interventions mentionnées au II de l'article R. 161-58-2.

Les pharmaciens d'une officine ont accès aux traces des seules interventions effectuées dans cette officine.

Toutes les informations composant le dossier pharmaceutique sont enregistrées, conservées et transférées dans des conditions de sécurité garanties par des moyens de chiffrement.

## **Section 6 : Traitements de données relatives à l'assurance vieillesse**

## **Sous-section 1 : Echantillon inter-régimes de cotisants et échantillon inter-régimes de retraités**

### **Article R161-59**

Il est créé un traitement automatisé permanent d'informations nominatives à des fins statistiques en matière de retraite, mis en oeuvre par un service statistique placé sous l'autorité du ministre chargé des affaires sociales et composé de :

1° L'échantillon interrégimes de cotisants, mentionné au II de l'article 27 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée et mis en oeuvre dans les conditions définies par un arrêté pris, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, par le ministre chargé des affaires sociales, le ministre de la défense, le ministre chargé du budget et le ministre dont relève l'Institut national de la statistique et des études économiques ;

2° L'échantillon interrégimes de retraités, mentionné à l'article 1er de la loi du 9 juillet 1984 susvisée et mis en oeuvre dans les conditions définies par un arrêté pris, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, par le ministre chargé des affaires sociales, le ministre chargé du budget et le ministre dont relève l'Institut national de la statistique et des études économiques.

### **Article R161-60**

Le traitement défini à l'article R. 161-59 a pour finalité de fournir, selon une périodicité fixée par les arrêtés mentionnés au même article, des informations statistiques relatives :

1° A la situation au regard des droits à pension des personnes qui n'ont pas encore fait valoir leur droit à la retraite ;

2° A la situation des titulaires de pensions de retraite et de réversion ;

3° Au rapport entre le montant des droits à pension mentionnés au 1° ou des pensions mentionnées au 2°, d'une part, et les rémunérations et revenus de remplacement perçus, d'autre part.

Il peut également servir pour des enquêtes statistiques spécifiques réalisées à partir de l'un des deux échantillons ou des deux échantillons mentionnés à l'article R. 161-59. La Commission nationale de l'informatique et des libertés est saisie pour avis de tout projet d'enquête de ce type. Il ne peut être porté atteinte, pour la réalisation de ces enquêtes, au caractère anonyme des informations contenues dans les échantillons.

### **Article R161-61**

Les informations nominatives nécessaires au traitement sont fournies, selon les modalités définies aux articles R. 161-62 à R. 161-69, par les organismes et services suivants :

1° Les organismes gestionnaires des régimes de retraite obligatoires ;

2° L'Unedic ;

3° L'Institut national de la statistique et des études économiques ;

4° Les services de l'Etat, désignés par les arrêtés prévus à l'article R. 161-59, détenant des informations relatives aux traitements et aux pensions des personnels civils et militaires de l'Etat.

## **Article R161-62**

I. - Pour constituer les échantillons visés à l'article R. 161-59, l'Institut national de la statistique et des études économiques sélectionne dans le répertoire national d'identification des personnes physiques les personnes dont la date de naissance (jour, mois, année) figure sur une liste fixée par arrêté pris, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, par les autorités ministérielles visées à l'article R. 161-59.

II. - Pour chacune de ces personnes, l'Institut national de la statistique et des études économiques est autorisé à extraire du répertoire national d'identification des personnes physiques les informations suivantes :

1° Le numéro d'inscription à ce répertoire ;

2° Le nom de famille ;

3° Les prénoms ;

4° Le sexe ;

5° La date de naissance (jour, mois, année) ;

6° Le lieu de naissance (pays, département ou territoire, commune).

L'Institut national de la statistique et des études économiques attribue à chacune de ces personnes :

1° Un numéro d'ordre personnel, anonyme et permanent, propre au présent traitement et commun aux deux échantillons ;

2° Un indicateur de la présence de l'individu dans la version précédente de l'un ou l'autre des deux échantillons.

L'Institut national de la statistique et des études économiques constitue, pour chaque échantillon, un fichier comprenant l'ensemble de ces informations.

### **Article R161-63**

L'Institut national de la statistique et des études économiques transmet une copie des fichiers mentionnés au dernier alinéa de l'article R. 161-62 aux organismes visés à l'article R. 161-61.

### **Article R161-64**

L'Institut national de la statistique et des études économiques transmet au service chargé de mettre en oeuvre le traitement, pour chacun des deux échantillons :

1° Un fichier contenant le numéro d'ordre personnel et l'indicateur de repérage définis à l'article R. 161-62 ainsi que le sexe, l'année, le pays et le département ou le territoire de naissance de l'ensemble des personnes de l'échantillon ;

2° Un fichier des personnes décédées depuis le tirage de la précédente version de l'échantillon, contenant le numéro d'ordre personnel, le mois et l'année de décès, le sexe, l'année, le pays et le département ou le territoire de naissance des individus concernés.

### **Article R161-65**

Les organismes mentionnés à l'article R. 161-61 constituent, pour l'échantillon interrégimes de cotisants d'une part et l'échantillon interrégimes de retraités d'autre part, des fichiers à l'aide des données qu'ils détiennent sur chacune des personnes en ce qui concerne :

1° Le numéro d'ordre personnel visé à l'article R. 161-62 ;

2° Le sexe ;

3° L'année de naissance ;

4° Le lieu de naissance (pays, département ou territoire) ;

5° Un code permettant d'identifier l'organisme fournisseur de données et, le cas échéant, le régime

de retraite ;

6° En ce qui concerne l'échantillon interrégimes de cotisants, les éléments d'ordre individuel et professionnel nécessaires au calcul de la pension de retraite ;

7° En ce qui concerne l'échantillon interrégimes de retraités, la nature et le montant des avantages de retraite, l'âge et les paramètres pris en compte lors de la liquidation des droits ;

8° Les informations permettant d'établir le rapport entre le montant des droits résultant de la législation en vigueur ou de la pension de retraite, d'une part, et les rémunérations et revenus de remplacement perçus, d'autre part ;

9° La situation familiale (état matrimonial, conclusion d'un pacte civil de solidarité, concubinage ; nombre d'enfants), le département ou le territoire de résidence des individus, leur catégorie socioprofessionnelle et en outre, pour les agents publics, leur catégorie statutaire.

Les arrêtés prévus à l'article R. 161-59 fixent la liste des données mentionnées aux 6°, 7°, 8° et 9° du précédent alinéa.

Afin de procéder au recueil des informations mentionnées ci-dessus, les organismes visés à l'article R. 161-61 sont autorisés à utiliser le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques.

## **Article R161-66**

Les organismes visés à l'article R. 161-61 transmettent les fichiers mentionnés à l'article R. 161-65 au service chargé de mettre en oeuvre le traitement.

## **Article R161-67**

Pour constituer l'échantillon interrégimes de cotisants et l'échantillon interrégimes de retraités, le service chargé de mettre en oeuvre le traitement procède à l'appariement, exclusivement à l'aide du numéro d'ordre personnel propre au traitement, des fichiers mentionnés à l'article R. 161-66.

Les échantillons respectifs mentionnés au précédent alinéa contiennent des données relatives à chacune des personnes figurant dans le présent traitement en ce qui concerne :

1° Le numéro d'ordre personnel visé à l'article R. 161-62 ;

2° Le sexe ;

3° L'année de naissance ;

4° Le lieu de naissance (pays, département ou territoire) ;

5° Le code d'identification de l'organisme fournisseur de données et, le cas échéant, du régime de retraite ;

6° En ce qui concerne l'échantillon interrégimes de cotisants, les éléments d'ordre individuel et professionnel nécessaires au calcul de la pension de retraite ;

7° En ce qui concerne l'échantillon interrégimes de retraités, la nature et le montant des avantages de retraite, l'âge et les paramètres pris en compte lors de la liquidation des droits ;

8° Les informations permettant d'établir le rapport entre le montant des droits résultant de la législation en vigueur ou de la pension de retraite, d'une part, et les rémunérations et revenus de remplacement perçus, d'autre part ;

9° La situation familiale (état matrimonial, conclusion d'un pacte civil de solidarité, concubinage ; nombre d'enfants), le département ou le territoire de résidence des individus, leur catégorie socioprofessionnelle et en outre, pour les agents publics, leur catégorie statutaire.

## **Article R161-68**

Lors de la constitution de chaque échantillon, les organismes et services mentionnés à l'article R. 161-61 informent le public, par voie d'affichage ou par la diffusion de documents, de l'existence et de la finalité du traitement, des critères retenus pour la constitution des échantillons, du service destinataire des informations et de l'existence d'un droit d'accès et de rectification.

Le droit d'accès et de rectification visé aux articles 34 et 36 de la loi du 6 janvier 1978 susvisée s'exerce directement auprès des organismes et services mentionnés à l'article R. 161-61, ou, l'intéressé s'étant muni du numéro d'ordre prévu à l'article R. 161-62, auprès du service chargé de mettre en oeuvre le traitement. Lorsqu'une rectification est opérée, l'organisme ou le service qui y procède doit la notifier à celui qui a délivré l'information ou en a été rendu destinataire.

## **Article R161-69**

Les organismes mentionnés à l'article R. 161-61 détruisent les fichiers mentionnés à l'article R. 161-63 à l'expiration de la durée suivante à compter de la date de transmission des fichiers visés à l'article R. 161-65 au service chargé de la mise en oeuvre du traitement :

1° Six ans pour ce qui concerne l'Institut national de la statistique et des études économiques ;



2° Deux ans pour ce qui concerne les autres organismes mentionnés à l'article R. 161-61.

L'Institut national de la statistique et des études économiques détruit les fichiers mentionnés à l'article R. 161-64 à l'expiration d'une durée de quatre ans à compter de leur transmission au service chargé de mettre en oeuvre le traitement.

Les organismes mentionnés à l'article R. 161-61 détruisent les fichiers visés à l'article R. 161-65 à l'expiration de la durée suivante à compter de la date de transmission de ces fichiers au service chargé de mettre en oeuvre le traitement :

1° Six ans s'agissant de l'échantillon interrégimes de cotisants ;

2° Deux ans s'agissant de l'échantillon interrégimes de retraités.

## **Sous-section 2 : Echanges inter-régimes de retraite**

### **Article R161-69-1**

Conformément à l'article L. 161-1-6, est autorisée la création, par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, d'un traitement de données à caractère personnel dénommé : " échanges inter-régimes de retraite ".

Ce traitement a pour finalité de permettre aux organismes mentionnés au I de l'article R. 161-69-3 d'apprécier en vue de calculer le montant des prestations en cause :

1° Le droit à la majoration de la pension de réversion mentionné à l'article L. 353-6 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 732-51-1 du code rural et de la pêche maritime ;

2° Le droit à la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale ;

3° Le droit à la majoration mentionnée à l'article L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime.

### **Article R161-69-2**

Les catégories de données à caractère personnel et les informations relatives à chaque bénéficiaire des prestations mentionnées à l'article R. 161-69-1 que comporte le traitement sont les suivantes :

1° Des données communes d'identification :

a) Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) ;

b) Le nom de famille et les prénoms ;

2° Les données et informations relatives aux affiliations et avantages :

- a) La liste des régimes d'affiliation du bénéficiaire et de ses conjoint ou ex-conjoints décédés et, le cas échéant, la mention d'un régime étranger ou du régime d'une organisation internationale ;
- b) Le montant de chacun des avantages de retraite servis au bénéficiaire, sous la réserve du code mentionné au c ;
- c) La mention d'un code spécifique, lorsque l'avantage de retraite est supérieur à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ;
- d) La mention que le bénéficiaire a fait valoir tous ses droits auprès de chacun des organismes auprès duquel il a été affilié.

Ces informations sont fournies par les organismes ou services chargés de la gestion des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires de base ou complémentaires. Ces organismes sont dits contributeurs.

### **Article R161-69-3**

I.-Les organismes dits utilisateurs du traitement sont :

- 1° La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;
- 2° Le Régime social des indépendants ;
- 3° La Mutualité sociale agricole ;
- 4° Les sections professionnelles de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ;
- 5° La Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes ;
- 6° Les régimes spéciaux qui servent des pensions de coordination calculées selon les règles du régime général en application de l'article L. 173-1 du code de la sécurité sociale.

II.-Sont destinataires des données et informations mentionnées à l'article R. 161-69-2, dans le cadre de leur mission et pour la finalité mentionnée à l'article R. 161-69-1 au sein des organismes utilisateurs :

- 1° Les agents individuellement habilités en charge de l'instruction, du calcul et du versement de la majoration mentionnée au 1° de l'article R. 161-69-1 ;
- 2° Les agents individuellement habilités en charge de l'instruction, du calcul et du versement de la majoration mentionnée au 2° de l'article R. 161-69-1 ;
- 3° Les agents individuellement habilités en charge de l'instruction, du calcul et du versement de la majoration mentionnée au 3° de l'article R. 161-69-1.

### **Article R161-69-4**

Les informations mentionnées au 1° de l'article R. 161-69-2 sont conservées par le traitement

d'échanges inter-régimes de retraite mentionné à l'article R. 161-69-1 pendant un délai de trois ans à compter de la date à laquelle l'avantage de retraite cesse d'être servi, à l'exception du nom de famille et des prénoms, qui ne sont pas conservés.

Les informations mentionnées au 2° de l'article R. 161-69-2 sont conservées pendant un délai de trois ans à compter de la date à laquelle l'avantage de retraite cesse d'être servi.

En cas de contentieux, les informations mentionnées au 1° et au 2° de l'article R. 161-69-2 sont conservées jusqu'à l'intervention d'une décision de justice devenue définitive.

Les mises à jour, les consultations et les échanges, de même que les traces de ces opérations, sont conservés dans un journal pendant un an à compter de ces opérations.

## **Article R161-69-5**

Le droit d'accès prévu à l'article 39 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée s'exerce auprès de chacun des organismes utilisateurs.

Le droit de rectification prévu à l'article 40 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée s'exerce auprès de l'organisme ou service dit contributeur concerné.

Conformément au troisième alinéa de l'article 38 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, le droit d'opposition ne s'applique pas au présent traitement.

## **Article R161-69-6**

Les organismes ou services chargés de la gestion des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires de base ou complémentaires concluent avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés une convention qui détermine les modalités de leur participation au présent dispositif.

La convention précise notamment les caractéristiques techniques des systèmes d'informations que les organismes mettent en œuvre pour assurer l'alimentation et la consultation sécurisées.

La convention précise les règles d'habilitation définies par les organismes pour chacun des modes de consultation et de traitement des données, ainsi que les exigences relatives à la qualité des données et informations fournies par les organismes contributeurs mentionnées à l'article R. 161-69-2.

# **Chapitre 1er bis : La Haute Autorité de santé**

## **Section 1 : Missions**

### **Article R161-70**

Pour l'exercice des missions mentionnées à l'article L. 161-37, la Haute Autorité de santé rend les avis, formule les recommandations et propositions ou prend les décisions mentionnées aux articles R. 161-71 à R. 161-75.

Pour l'ensemble de ces missions, la Haute Autorité réalise ou fait réaliser toute étude qui lui paraît nécessaire et peut participer à toute action d'évaluation.

Lorsque, dans le cadre de ses missions, la Haute Autorité identifie un acte dont elle estime qu'il est susceptible de présenter un risque sérieux pour les patients, elle en informe le ministre chargé de la santé en précisant les règles auxquelles pourrait être soumise la pratique de cet acte en application de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique.

## **Article R161-71**

Dans le domaine de l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, la Haute Autorité :

1° Emet un avis :

a) Sur les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation et leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 ainsi que sur leur radiation de cette liste dans les conditions prévues à l'article R. 162-52-1 ;

b) Sur l'inscription 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 mentionnés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 dans les conditions prévues aux articles R. 165-1 et suivants ;

c) Sur l'inscription des médicaments sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 dans les conditions prévues aux articles R. 163-18 et suivants ;

d) Sur la liste des actes, procédés, techniques, méthodes et prescriptions mentionnés à l'article L. 1151-1 du code de la santé publique et les règles qui leur sont applicables ;

e) Sur les projets de décrets pris en application du 3° de l'article L. 322-3 fixant la liste des affections de longue durée ;

f) Sur les projets de décrets pris en application du dernier alinéa de l'article L. 322-3 réservant la limitation ou la suppression de la participation aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins ;

2° Propose l'inscription des médicaments sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la

santé publique ;

3° Formule des recommandations :

a) Sur le bien-fondé et les conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou catégories de produits ou prestations et, le cas échéant, des protocoles de soins les associant.

Ces recommandations sont émises à l'initiative de la Haute Autorité ou à la demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale, du comité économique des produits de santé et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. La Haute Autorité peut également être sollicitée par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé ainsi que des associations d'usagers agréées au niveau national conformément aux dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

b) Sur les actes et prestations nécessités par le traitement des affections mentionnées à l'article L. 324-1 pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application des 3° et 4° de l'article L. 322-3.

c) Sur les critères médicaux utilisés pour la définition des affections de longue durée.

La Haute Autorité formule les recommandations mentionnées aux b et c, à son initiative ou à la demande du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de la sécurité sociale ou de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les recommandations mentionnées au b peuvent porter sur les conditions dans lesquelles doivent être réalisés ces actes et prestations, notamment leur fréquence de réalisation, la durée de validité du protocole de soins et les actes et prestations que ne nécessite pas, de manière générale, le traitement des affections en cause.

d) Sur les actes médicaux et examens biologiques que requiert le suivi des affections relevant du 10° de l'article L. 322-3.

## **Article R161-72**

Dans le domaine de l'information des professionnels de santé et du public sur le bon usage des soins et les bonnes pratiques, la Haute Autorité :

1° Elabore et diffuse des guides et tout autre document d'information, notamment sur les affections de longue durée, en tenant compte, le cas échéant, de ceux élaborés et diffusés par l'Institut national du cancer en application du 2° de l'article L. 1415-2 du code de la santé publique ;

2° Détermine les domaines dans lesquels l'élaboration, par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, de recommandations de bonnes pratiques concernant les produits relevant de la compétence de celle-ci et autres que celles qui relèvent de ses missions de police sanitaire apparaît nécessaire, et procède à leur diffusion ;

3° Propose au ministre chargé de la santé en vue de leur homologation en application de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance aux

patients de l'information sur leur état de santé ;

4° Emet un avis sur les règles de bonnes pratiques des professions paramédicales mentionnées à l'article L. 4394-1 du code de la santé publique ;

5° Etablit les recommandations de bonnes pratiques concernant les ostéopathes et les chiropracteurs et est consultée sur les dispositions réglementaires prises pour l'application de l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 modifiée relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;

6° Etablit les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15 susceptibles d'être rendues opposables aux professionnels de santé par 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 ainsi que les recommandations de bonne pratique qui y sont associées ;

7° Emet un avis sur les accords de bon usage des soins, mentionnés à l'article L. 162-12-17 qui comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques.

### **Article R161-73**

Dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles, la Haute Autorité :

1° Définit la procédure :

a) D'accréditation de la pratique des médecins ou des équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé, en application de l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ; elle délivre les accréditations ;

b) D'évaluation et de certification par des organismes, qu'elle accrédite, du respect par les personnes pratiquant la promotion des spécialités pharmaceutiques de la charte de qualité des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 162-17-8 ;

2° Emet un avis sur les décisions d'agrément des organismes aptes à effectuer l'évaluation de la formation des médecins prises en application du 3° de l'article L. 4133-2 du code de la santé publique par le Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux et le Conseil national de la formation continue des médecins salariés non hospitaliers ;

3° Habilité :

a) Les médecins chargés de réaliser des actions d'évaluation des pratiques médicales des médecins exerçant à titre libéral en application de l'article L. 4134-5 du code de la santé publique ;

b) Les professionnels chargés d'organiser des actions d'évaluation des pratiques des professionnels paramédicaux en application des articles L. 4393-1 et L. 4322-10 du code de la santé publique ;

4° Propose l'habilitation des professionnels chargés d'organiser des actions d'évaluation des pratiques des masseurs-kinésithérapeutes en application de l'article L. 4321-17 du code de la santé

publique ;

5° Elabore le référentiel d'évaluation des comités de protection des personnes mentionné à l'article L. 1123-14 du code de la santé publique.

### **Article R161-74**

La Haute Autorité définit la procédure de certification des établissements de santé, publics ou privés, en application de l'article L. 6113-3 du code de la santé publique et dans le respect des dispositions des articles R. 710-6-1 et suivants. Elle délivre les certifications.

### **Article R161-75**

La Haute Autorité de santé détermine les règles de bonne pratique devant être respectées par les sites informatiques dédiés à la santé et les logiciels d'aide à la prescription médicale pour lesquels la certification mentionnée à l'article L. 161-38 est demandée. Elle définit les modalités de cette certification.

### **Article R161-76**

Les décisions réglementaires de la Haute Autorité mentionnées au 1° de l'article R. 161-73 et aux articles R. 161-74 et R. 161-75 ainsi que le règlement intérieur mentionné à l'article R. 161-77 sont publiés au Journal officiel de la République française.

Les règlements intérieurs des commissions spécialisées de la Haute Autorité sont, le cas échéant, publiés au Bulletin officiel du ministère de la santé.

## **Section 2 : Organisation et fonctionnement**

### **Sous-section 1 : Organisation administrative**

#### **Article R161-77**

La Haute Autorité comprend un collège, les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code ainsi que toute commission dont le collège décide la création.

Le collège arrête son règlement intérieur, qui fixe :

1° Ses modalités de délibération, notamment les règles de convocation, de quorum et de suppléance du président ainsi que les modalités selon lesquelles il traite les demandes qui lui sont adressées ;

2° La liste, la composition et les règles de fonctionnement des commissions autres que celles mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code ; il fixe également les attributions qu'elles exercent par délégation du collège ainsi que les modalités selon lesquelles elles lui rendent compte de leurs activités.

Lorsque la Haute Autorité est saisie d'une des demandes d'avis mentionnées aux b et c du 1° de l'article R. 161-71, le président du collège peut décider, dans le mois suivant la réception de la demande, de confier au collège l'examen de cette demande, après avis du président de la commission concernée. L'auteur de la demande est informé sans délai de cette décision.

Sans préjudice des règles relatives à la composition des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, des représentants des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent assister aux séances du collège et des commissions spécialisées de la Haute Autorité de santé. Afin de permettre à la Haute Autorité d'organiser ses travaux, ces ministres indiquent régulièrement au collège les domaines dans lesquels, notamment en application du a du 3° de l'article R. 161-71, ils souhaitent disposer de recommandations, d'études ou d'avis ainsi que leurs priorités en la matière.

## **Article R161-78**

Le collège de la Haute Autorité délibère sur :

1° Le budget annuel et ses modifications en cours d'année ;

2° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

3° Le règlement comptable et financier, qui est transmis au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé de l'économie ;

4° Sur proposition du directeur, le règlement intérieur des services ;

5° Les conditions générales de passation des contrats, conventions et marchés ;

6° Les conditions générales d'emploi des fonds disponibles et de placement des réserves ;

7° Les acquisitions, échanges et aliénations de biens immobiliers ;



8° Les emprunts ;

9° Les dons et legs.

### **Article R161-79**

La Haute Autorité dispose de services dont l'organisation est décidée sur proposition du directeur par son président, après avis du collègue et du comité d'entreprise.

Le président peut donner délégation au directeur pour signer tous actes relatifs au fonctionnement, à l'exercice des missions de la Haute Autorité et à sa représentation en justice et dans les actes de la vie civile, et, dans la limite de ses attributions, à tout agent de la Haute Autorité placé sous l'autorité du directeur.

### **Article R161-80**

Le directeur exerce la direction des services de la Haute Autorité et a autorité sur le personnel. Pour l'application de la réglementation du travail, il exerce les compétences du chef d'entreprise.

Il a qualité pour tenir la comptabilité des engagements de dépenses, dans les conditions définies par le règlement comptable et financier et engager, gérer et licencier le personnel.

Dans les matières relevant de sa compétence, le directeur peut déléguer sa signature dans les limites qu'il détermine et désigner les personnes habilitées à le représenter.

La rémunération du directeur est fixée par le président après avis du collègue.

## **Sous-section 2 : Statut des membres et collaborateurs de la Haute Autorité**

### **Article R161-81**

Le président du collège reçoit un traitement égal à celui afférent à la première catégorie supérieure des emplois de l'Etat classés hors échelle, assorti d'une indemnité de fonction, annuelle et forfaitaire, fixée par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

Les membres du collège autres que le président reçoivent un traitement égal à celui afférent à la seconde catégorie supérieure des emplois de l'Etat classés hors échelle assorti d'une indemnité de fonction, annuelle et forfaitaire, fixée par les mêmes ministres.

Toutefois, lorsque le président ou l'un des membres du collège perçoit une pension de retraite relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, il ne perçoit que l'indemnité de fonction.

Lorsqu'un membre du collège a la qualité d'agent public titulaire, il est placé en position de détachement ou mis à disposition de la haute autorité. Dans ce dernier cas, il ne perçoit qu'un complément indemnitaire dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

L'activité des membres des commissions spécialisées autres que leur président, des personnes collaborant occasionnellement aux travaux de la Haute Autorité, des personnes mentionnées à l'article L. 1414-4 du code de la santé publique et des autres personnes qui apportent leur concours au collège ou aux commissions spécialisées de la Haute Autorité peut donner lieu à indemnités. Celles-ci sont fixées par le président du collège après avis de ce dernier, sur proposition du directeur.

Les montants des rémunérations et indemnités prévues au présent article font l'objet d'une publication au Journal officiel de la République française.

Les frais occasionnés par les déplacements et les séjours des membres du collège de la Haute Autorité, des membres des commissions spécialisées et des personnes mentionnées à l'article L. 1414-4 du code de la santé publique et des autres personnes qui apportent leur concours au collège ou aux commissions spécialisées sont remboursés dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux fonctionnaires de l'Etat.

## **Article R161-82**

Les agents contractuels de droit public de la Haute Autorité peuvent être employés à temps plein ou à temps partiel, pour une durée déterminée ou indéterminée.

Chaque contrat de travail conclu entre la Haute Autorité et l'un de ses agents précise s'il relève du droit public ou du code du travail.

Sous réserve des dispositions du présent chapitre, les agents de droit public sont soumis aux dispositions du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié relatif aux dispositions applicables aux agents non titulaires de l'Etat pris pour l'application de l'article 7 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, à l'exception des dispositions des articles 43 et 44, et aux dispositions du décret n° 2003-224 du 7 mars 2003 fixant les règles applicables aux personnels de droit public recrutés par certains établissements publics intervenant dans le domaine de la santé publique ou de la sécurité sanitaire, à l'exception des dispositions de l'article 3. Pour l'application du décret du 7 mars 2003, le directeur et le collège de la Haute Autorité exercent les compétences dévolues respectivement au directeur général et au conseil d'administration. Le comité d'entreprise exerce les attributions dévolues au comité technique et à la commission consultative paritaire. Les modalités particulières de mise en oeuvre du décret du 7 mars 2003 font, en tant que de besoin, l'objet d'une délibération du collège après avis du comité d'entreprise.

## **Article R161-83**

Le règlement intérieur des services mentionné à l'article L. 161-43 précise les règles applicables à l'ensemble du personnel de la Haute Autorité concernant :

1° L'hygiène et la sécurité ;

2° Les règles générales relatives à la discipline, notamment la nature et l'échelle des sanctions que peut prendre le directeur ou son représentant ainsi que les dispositions relatives aux droits de la défense du personnel.

Les institutions mentionnées aux articles L. 421-1, L. 431-1 et L. 236-1 du code du travail sont compétentes à l'égard de l'ensemble du personnel de la Haute Autorité. Tous les personnels sont électeurs et éligibles, dans les conditions fixées par le code du travail, pour la désignation de ces institutions.

## **Article R161-84**

Les agents de la Haute Autorité :

1° Sont tenus au secret et à la discrétion professionnels dans les mêmes conditions que celles qui sont définies à l'article 26 du titre Ier du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales ;

2° Ne peuvent, par eux-mêmes ou par personne interposée, avoir, dans les établissements ou entreprises en relation avec la Haute Autorité, aucun intérêt de nature à compromettre leur indépendance.

Ces agents sont soumis aux dispositions du décret n° 2007-611 du 26 avril 2007 relatif à l'exercice d'activités privées par des fonctionnaires ou agents non titulaires ayant cessé temporairement ou définitivement leurs fonctions et à la commission de déontologie.

## **Article R161-85**

Les personnes collaborant occasionnellement aux travaux de la Haute Autorité, les experts mentionnés à l'article L. 1414-4 du code de la santé publique, les personnes qui apportent leur concours au collège ou aux commissions spécialisées de la Haute Autorité et les membres des commissions spécialisées ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal, traiter une question dans laquelle elles auraient un intérêt direct ou indirect et sont soumises aux obligations énoncées au 1° de l'article R. 161-84. Elles sont également soumises à l'interdiction mentionnée au premier alinéa de l'article L. 4113-6 du code de la santé publique et aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 4113-13 du code de la santé publique. En cas de manquement à ces

dispositions, le collège statuant à la majorité de ses membres peut mettre fin à leurs fonctions.

Les personnes mentionnées au précédent alinéa sont soumises aux dispositions de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique. Celles de l'article R. 4113-110 du même code leur sont applicables.

### **Article R161-86**

Les membres du collège ne peuvent avoir par eux-mêmes, ou par personne interposée, dans les établissements ou entreprises intervenant dans les domaines de compétence de la Haute Autorité, des intérêts de nature à compromettre leur indépendance. Ils ne peuvent exercer parallèlement des fonctions de direction dans des organismes ou services liés par convention avec des entreprises exploitant des médicaments ou fabricant des produits de santé.

Les membres du collège qui détiennent de tels intérêts ou exercent de telles fonctions disposent, à compter de la date de leur nomination, d'un délai de trois mois pour s'en défaire ou les quitter. A défaut, ils sont déclarés démissionnaires d'office par le collège statuant à la majorité des membres le composant, après la présentation par l'intéressé, qui ne participe pas au vote, de ses observations.

## **Sous-section 3 : Dispositions budgétaires et comptables**

### **Article R161-87**

Le président est ordonnateur des recettes et des dépenses du budget. Il peut désigner le directeur en qualité d'ordonnateur secondaire. Il dispose du pouvoir de transaction circonscrit aux besoins de la gestion de la Haute Autorité dans les conditions fixées par les articles 2044 à 2058 du code civil.

### **Article R161-88**

L'exercice budgétaire et comptable débute le 1er janvier et s'achève le 31 décembre.

Le budget comporte la prévision des recettes attendues et des dépenses nécessitées par l'exercice des missions confiées à la Haute Autorité en santé. Il peut être modifié en cours d'année. Les crédits inscrits au budget n'ont pas de caractère limitatif.

Les délibérations du collège relatives au budget et à ses modifications sont adressées aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

### **Article R161-89**

L'agent comptable de la Haute Autorité est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la

santé et de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

L'agent comptable est responsable personnellement et pécuniairement dans les conditions de l'article 60 de la loi n° 63-156 du 23 février 1963 portant loi de finances pour 1963 et du décret n° 64-1022 du 29 septembre 1964 relatif à la constatation et à l'apurement des débits des comptables publics et assimilés. Il est chargé de la tenue des comptabilités de la Haute Autorité, du recouvrement des droits, contributions et de toutes autres recettes, du paiement des dépenses et du maniement des fonds et des mouvements de comptes de disponibilités.

Avec l'accord du président du collège, l'agent comptable peut confier sous son contrôle la comptabilité analytique et la comptabilité matière aux services de la Haute Autorité.

L'agent comptable peut nommer des mandataires qui sont agréés par le président du collège.

## **Article R161-90**

Les comptes de la Haute Autorité sont établis selon les règles du plan comptable général. Celui-ci peut faire l'objet d'adaptations proposées par le président du collège après avis du collège et approuvées par le ministre chargé du budget.

Les taux d'amortissement et de dépréciation ainsi que les modalités de tenue des inventaires sont fixés par le règlement comptable et financier.

L'agent comptable établit un compte financier au terme de chaque exercice. Le compte financier comprend le compte de résultat, le bilan, l'annexe, la balance générale des comptes à la clôture de l'exercice, le tableau de rapprochement des prévisions et des réalisations effectives et, le cas échéant, la balance des comptes spéciaux.

Le compte financier de la Haute Autorité est préparé par l'agent comptable et soumis par le président du collège au collège qui entend l'agent comptable. Le compte financier est arrêté par le collège. Il est transmis à la Cour des comptes par le président du collège de la Haute Autorité, accompagné des délibérations du collège relatives au budget, à ses modifications et au compte financier, et de tous les autres documents demandés par les ministres ou par la cour, dans les quatre mois qui suivent la clôture de l'exercice.

Le rapport annuel fait une présentation du compte financier et reproduit le compte de résultat et le bilan.

## **Article R161-91**

L'agent comptable est tenu de faire diligence pour assurer le recouvrement de toutes les ressources de la Haute Autorité. Les recettes sont recouvrées par l'agent comptable soit spontanément, soit en exécution des instructions du président du collège. L'agent comptable adresse aux débiteurs les factures correspondantes et reçoit leurs règlements. Tous les droits acquis au cours d'un exercice

doivent être pris en compte au titre de cet exercice.

### **Article R161-92**

Lorsque les créances de la Haute Autorité n'ont pu être recouvrées à l'amiable, les poursuites sont conduites conformément aux usages du commerce ou peuvent faire l'objet d'états rendus exécutoires par le président du collège. Les états exécutoires peuvent être notifiés aux débiteurs par lettre recommandée avec accusé de réception. Leur recouvrement est poursuivi jusqu'à opposition devant la juridiction compétente.

### **Article R161-93**

L'agent comptable procède aux poursuites. Celles-ci peuvent, à tout moment, être suspendues sur ordre écrit du président du collège si la créance est l'objet d'un litige. Le président du collège suspend également les poursuites si, en accord avec l'agent comptable, il estime que la créance est irrécouvrable ou que l'octroi d'un délai par l'agent comptable est conforme à l'intérêt de la Haute Autorité.

### **Article R161-94**

Le président du collège peut décider, après l'avis conforme de l'agent comptable :

1° En cas de gêne des débiteurs, d'accorder une remise gracieuse des créances de la Haute Autorité, sauf pour les contributions mentionnées au 7° de l'article L. 161-45 et aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ;

2° Une admission en non-valeur des créances de la Haute Autorité, en cas d'irrécouvrabilité avérée ou d'insolvabilité des débiteurs.

Le collège fixe le montant au-delà duquel l'une des remises mentionnées au 1° est soumise à son approbation.

Lorsque la remise gracieuse, totale ou partielle, concerne une dette de l'agent comptable, l'avis conforme prévu par l'article 8 du décret du 29 septembre 1964 relatif à la constatation et à l'apurement des débits des comptables publics et assimilés est rendu par le collège.

### **Article R161-95**

L'agent comptable suspend le paiement des dépenses lorsqu'il constate, à l'occasion de l'exercice de

ses contrôles, des irrégularités ou que les certifications délivrées par le président du collège sont inexactes. Il en informe le directeur.

Lorsque l'agent comptable a suspendu le paiement des dépenses, le président du collège peut, par écrit et sous sa responsabilité, requérir l'agent comptable de payer. L'agent comptable défère à la réquisition et rend compte au ministre chargé du budget, qui transmet l'ordre de réquisition à la Cour des comptes.

Toutefois, l'agent comptable doit refuser de déférer à l'ordre de réquisition lorsque la suspension du paiement est motivée par :

1° L'absence de justification du service fait ;

2° Le caractère non libératoire du règlement ;

3° Le manque de fonds disponibles.

Dans les cas de refus de la réquisition, l'agent comptable rend immédiatement compte au ministre chargé du budget.

## **Article R161-96**

Toutes les dépenses doivent être liquidées et ordonnancées au cours de l'exercice auquel elles se rattachent. Les dépenses de la Haute Autorité sont réglées par l'agent comptable sur l'ordre donné par le président du collège ou après avoir été acceptées par ce dernier. Les ordres de dépenses sont appuyés des pièces justificatives nécessaires, et notamment des factures, mémoires, marchés, baux ou conventions. L'acceptation de la dépense revêt la forme soit d'une mention datée et signée apposée sur le mémoire, la facture ou toute autre pièce en tenant lieu, soit d'un certificat séparé d'exécution de service, l'une ou l'autre précisant que le règlement peut être valablement opéré pour la somme indiquée.

L'agent comptable peut payer sans ordonnancement préalable certaines catégories de dépenses dans les conditions prévues par le règlement comptable et financier.

## **Article R161-97**

La liste des pièces justificatives de recettes et de dépenses est préparée par l'agent comptable et proposée par le président du collège à l'agrément du ministre chargé du budget. En cas de perte, destruction ou vol des justifications remises à l'agent comptable, le ministre chargé du budget peut autoriser ce dernier à pourvoir à leur remplacement. Les pièces justificatives sont conservées dans les archives de l'agent comptable pendant dix ans au moins à partir de la date de clôture de l'exercice auquel elles se rapportent.

## **Article R161-98**

Des régies de recettes et de dépenses peuvent être créées auprès de la Haute Autorité par décision du président du collège sur avis conforme de l'agent comptable dans les conditions fixées par le décret n° 92-681 du 20 juillet 1992 modifié relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics et le règlement comptable et financier.

## **Article R161-99**

La Haute Autorité dépose ses fonds au Trésor. Elle peut également ouvrir des comptes auprès d'un établissement de crédit. Les fonds de la Haute Autorité peuvent donner lieu à rémunération et faire l'objet de placements selon les conditions générales définies par le collège.

## **Article R161-100**

Les comptes de l'agent comptable de la Haute Autorité sont jugés directement par la Cour des comptes. Le contrôle de la gestion de l'agent comptable est également assuré par le receveur général des finances.

## **Article R161-101**

La Haute Autorité est soumise aux dispositions de l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics.

## **Article R161-102**

La dotation globale prévue à l'article L. 161-45 est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. Elle est révisée selon les mêmes modalités.

# **Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins**

## **Section 1 : Carnet de santé.**

### **Article R162-1-1**



En application de l'article L. 162-1-1, un carnet de santé est délivré à l'assuré social et à chacun de ses ayants droit âgé de plus de seize ans par l'organisme d'assurance maladie dont il relève pour le service des prestations ; il est renouvelé en tant que de besoin.

Le carnet comporte les éléments nécessaires à l'identification de l'assuré ou de son ayant droit, à l'exclusion de son nom de famille.

### **Article R162-1-3**

I. - Le carnet de santé d'un patient hospitalisé est rempli :

1° Dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant à l'exécution du service hospitalier, par le praticien responsable de chaque structure médicale ayant pris en charge l'intéressé ou par tout autre membre du corps médical de ladite structure, désigné par le praticien responsable ;

2° Dans les autres établissements de santé, par le ou les médecins ayant pris en charge l'intéressé.

II. - Le carnet de santé d'un patient reçu dans un établissement de santé en consultation externe est rempli par le médecin consulté.

### **Article R162-1-4**

Les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes appelés à donner des soins à un patient auquel a été délivré le carnet de santé institué par l'article L. 161-1-1 (1) peuvent, avec l'accord du patient, avoir accès au carnet de santé de celui-ci.

Ils peuvent porter sur ce carnet, dans le respect des règles déontologiques qui leur sont respectivement applicables et sauf opposition du patient, les mentions et constatations figurant à l'article R. 162-1-2.

Les pharmaciens peuvent, dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, et avec l'accord du patient, consulter le carnet de santé de celui-ci lors de la dispensation de médicaments.

### **Article R162-1-5**

Le modèle du carnet de santé institué par l'article L. 162-1-1 (1) est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

## **Article R162-1-6**

En cas de perte ou de vol du carnet de santé, l'assuré social ou son ayant droit en informe immédiatement l'organisme d'assurance maladie auquel il est rattaché. Cet organisme procède alors au remplacement du carnet.

## **Section 1-1 : Médecins.**

### **Article R162-1-7**

Pour l'application de l'article L. 162-4, les médecins signalent qu'une spécialité est prescrite en dehors des indications thérapeutiques retenues pour l'inscription sur la liste des médicaments remboursables en portant sur l'ordonnance, support de la prescription, la mention de son caractère non remboursable à côté de la dénomination de la spécialité. Cette disposition ne s'applique pas aux prescriptions de spécialités pharmaceutiques non conformes à leur autorisation de mise sur le marché. Dans ce cas, le prescripteur porte sur l'ordonnance, support de la prescription, la mention : " Prescription hors autorisation de mise sur le marché " prévue à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique.

Lors de la délivrance d'une telle spécialité, le pharmacien est tenu d'estampiller aux mêmes fins la vignette apposée sur le conditionnement.

### **Article R162-1-8**

Les clauses locales particulières dont peut faire l'objet la convention nationale prévue à l'article L. 162-5 résultent d'accords complémentaires signés par les caisses primaires d'assurance maladie, d'une part, et les organisations syndicales les plus représentatives des médecins de la circonscription de la caisse primaire correspondante, d'autre part.

Lorsqu'il est fait application de l'article L. 162-7, les accords complémentaires doivent être signés conjointement par la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés, la caisse de base du régime social des indépendants et la caisse de mutualité sociale agricole intéressées.

Les clauses locales particulières ne peuvent déroger aux dispositions de la convention nationale.

Elles doivent être approuvées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'agriculture, pris après avis favorable des caisses et organisations signataires de la convention nationale.

### **Article R162-1-9**

Le médecin transmet ses observations dans le délai d'un mois à compter de la notification par la caisse de ce qu'elle est susceptible de lui appliquer le régime d'accord préalable mentionné à l'article L. 162-1-15. Le médecin est entendu à sa demande par la commission à laquelle participent les professionnels de santé prévue par l'article L. 162-1-14.

### **Article R162-1-9-1**

En application de l'article L. 162-4-4, la prolongation d'un arrêt de travail, qui n'est pas prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant donne lieu à indemnisation dans les cas suivants :

1° Lorsque la prolongation d'arrêt de travail est prescrite par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ;

2° Lorsque la prolongation d'arrêt de travail est prescrite par le médecin remplaçant le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin remplaçant le médecin traitant ;

3° Lorsque la prolongation d'arrêt de travail est prescrite à l'occasion d'une hospitalisation.

En dehors des cas mentionnés ci-dessus, lorsque la prolongation d'un arrêt de travail n'a pas été prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant, l'assuré doit justifier de l'impossibilité pour l'un ou l'autre de ces médecins de prescrire cette prolongation. Il en apporte la preuve par tous moyens à la demande de l'organisme d'assurance maladie.

Dans tous les cas, l'assuré ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel le médecin prescripteur de la prolongation n'est pas le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

### **Article R162-1-10**

Pour l'application de l'article L. 162-4-3, les organismes gestionnaires des régimes de base d'assurance maladie assurent, à l'usage des médecins conventionnés ou exerçant leur activité dans un établissement ou un centre de santé, à l'occasion des soins qu'ils délivrent, la mise en oeuvre d'un service de consultation par voie électronique des informations afférentes aux prestations délivrées à leurs bénéficiaires.

La gestion technique de l'infrastructure inter-régimes servant de relais pour l'accès aux systèmes d'information sollicités à cette fin est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les traitements mis en oeuvre à cet effet sont soumis à l'autorisation préalable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés qui se prononce au vu de documents, élaborés sous la

responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et précisant :

- a) Les spécifications techniques des logiciels et des mécanismes de sécurité informatique propres à garantir la confidentialité des informations échangées entre le médecin et les caisses, notamment en ce qui concerne le mode de chiffrement des flux d'informations ;
- b) Les mesures de protection renforcée applicables aux données mentionnées au 6° de l'article R. 162-1-11 et à leur acheminement ;
- c) L'historique des accès au service, de consultation ainsi que le contenu des informations consultées.

## **Article R162-1-11**

Le relevé des données individuelles concernant le patient mis à disposition du médecin par le service porte sur la période de douze mois précédant la consultation.

Ce relevé comporte les informations suivantes :

1° Informations relatives au bénéficiaire de l'assurance maladie :

- a) Numéro d'identification au répertoire national d'identification des personnes physiques ;
- b) Nom et prénom d'usage ;
- c) Date de naissance.

2° Informations relatives aux soins et prestations délivrés en ville et ayant donné lieu à remboursement ou prise en charge :

a) Pour les soins médicaux, chirurgicaux, dentaires, examens de biologie médicale, ainsi que pour les soins infirmiers et de rééducation fonctionnelle, y compris les actes et traitements à visée préventive mentionnés au 6° et au 9° de l'article L. 321-1 :

-numéro de code et libellé de l'acte ou de la série d'actes, suivant la liste établie en application de l'article L. 162-1-7, avec indication de leur cotation, de leur date d'exécution, de la nature du risque au titre duquel la prestation est prise en charge, du taux de remboursement appliqué et, s'il y a lieu, du motif de la réduction ou de la suppression de la participation financière de l'assuré ainsi que, le cas échéant, le libellé de la spécialité du médecin ;

b) Pour les médicaments :

-dénomination de la spécialité pharmaceutique délivrée, sur la base des listes établies en application de l'article L. 162-17, avec indication de leur numéro de code et du libellé correspondant, de leur date de délivrance, de la quantité délivrée, de la nature du risque au titre duquel la prestation est prise en charge, du taux de remboursement appliqué et, s'il y a lieu, du motif de la réduction ou de la suppression de la participation financière de l'assuré ;

c) Pour les dispositifs médicaux à usage individuel, tissus et cellules issus du corps humain, produits de santé autres que médicaments et prestations de services et d'adaptation associées :

-dénomination du dispositif ou du produit délivré, sur la base de la liste des produits et prestations établie en application de l'article L. 165-1, avec indication de leur numéro de code, de leur date de délivrance, de la nature du risque au titre duquel la prestation est prise en charge, du taux de remboursement appliqué et, s'il y a lieu, du motif de la réduction ou de la suppression de la participation financière de l'assuré.

3° Informations relatives aux soins, produits et prestations délivrés en établissement de santé, quel que soit le statut de l'établissement :

a) Date d'admission et durée du séjour ;

b) Nature du risque au titre duquel les prestations correspondantes sont prises en charge, taux de remboursement appliqué et, s'il y a lieu, motif de la réduction ou de la suppression de la participation financière de l'assuré ;

c) Pour les soins délivrés dans les établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 :

-indication du groupe générique servant de base à la facturation des frais d'hospitalisation suivant la classification mentionnée au 1° du même article, avec mention le cas échéant de la dénomination et du numéro de code des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations facturés en sus des prestations d'hospitalisation en application de l'article L. 162-22-7 ;

d) Pour les soins délivrés dans les établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, mention des éléments repris du bordereau de facturation mentionné au 11° de l'article R. 161-42, et concernant :

-l'intitulé du groupe générique servant de base à la facturation des prestations ;

-le libellé et le numéro de code des actes facturés, suivant les listes établies en application de l'article L. 162-1-7, avec indication de leur cotation et de leur date d'exécution ;

-le cas échéant, la dénomination et le numéro de code des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations facturés en sus des prestations d'hospitalisation, en application de l'article L. 162-22-7.

4° Informations relatives aux frais de transport :

- a) Date du transport pris en charge ;
- b) Mode de transport utilisé ;
- c) Motif de la prise en charge, suivant la liste de cas prévue à l'article R. 322-10 ;
- d) Nature du risque au titre duquel la prestation est prise en charge ;
- e) Taux de prise en charge de la prestation et, s'il y a lieu, motif de la réduction ou de la suppression de la participation financière de l'assuré.

5° Informations relatives aux indemnités, allocations journalières et prestations supplémentaires servies au titre du 5° de l'article L. 321-1, de l'article L. 331-3, de l'article L. 433-1 ou de l'article L. 615-20 :

- a) Dates de début et de fin de l'arrêt de travail et nombre d'indemnités journalières versées ;
- b) Nature du risque au titre duquel la prestation est versée ;
- c) Mention du lien éventuel avec une affection de longue durée ;
- d) Mention du motif en cas de maintien de l'indemnisation dans les cas prévus aux articles L. 323-3, L. 432-9 et L. 433-1.

6° Informations relatives aux patients atteints d'une affection de longue durée :

- a) Date à laquelle a été accordé le bénéfice de la limitation ou de la suppression de la participation de l'assuré, avec indication du motif retenu en application des 3° et 4° de l'article L. 322-3, selon le fait générateur ;
- b) Libellé générique de la ou des affections, selon la liste établie en application de l'article L. 322-3 [3°] ou, pour les affections mentionnées à l'article L. 322-3 [4°], selon la codification internationale en vigueur ;
- c) Eléments du protocole de soins actualisé, établi en application de l'article L. 324-1, ainsi que la durée de ce protocole, avec indication des actes et prestations de toute nature concourant au traitement de la ou des affections concernées et auxquels s'applique la limitation ou la suppression de la participation ainsi que, le cas échéant, de la fréquence respective des actes et prestations.

## **Article R162-1-12**

Dans le cadre de la mission d'information prévue à l'article L. 162-1-11, les organismes des différents régimes de base d'assurance maladie informent leurs ressortissants des modalités de mise en oeuvre du service de consultation prévu aux articles R. 162-1-10 et R. 162-1-11.

En outre, le médecin ayant recours à ce service est tenu d'informer ses patients à l'occasion de la réalisation des soins de l'objet et des conditions de cette procédure. Il recueille l'accord du patient, préalablement à la consultation des données le concernant. Cet accord porte sur l'ensemble de ces données. Le consentement du patient est réputé obtenu par l'utilisation de sa carte qui lui a été délivrée en application de l'article L. 161-31, sous réserve de la validité de cette dernière.

Aucune conséquence en matière de remboursement ne s'attache à cette procédure.

### **Article R162-1-13**

Pour l'accès au service de consultation mentionné à l'article R. 162-1-10, les médecins s'identifient et s'authentifient au moyen de leur carte de professionnel de santé ou d'un dispositif d'authentification individuel offrant des garanties similaires et agréé par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article R. 161-54.

### **Article R162-1-14**

L'accès au service ne peut être autorisé, avant chaque consultation, qu'après vérification selon les procédures décrites dans les documents mentionnés à l'article R. 162-1-10, d'une part, de la validité de la carte de professionnel de santé ou du dispositif similaire mentionné à l'article R. 162-1-13 et, d'autre part, de la validité de la carte électronique individuelle mentionnée à l'article L. 161-31 et présentée à cette fin par le patient.

### **Article R162-1-15**

Pour l'application de la présente section, le droit d'accès aux données à caractère personnel le concernant et susceptibles d'être communiquées aux médecins auxquels il a recours s'exerce pour le bénéficiaire auprès de la caisse dont il relève pour le service des prestations d'assurance maladie ou auprès du contrôle médical pour les informations relevant du protocole de soins mentionné au 6° de l'article R. 162-1-11.

Le bénéficiaire dispose selon le cas, auprès de cette caisse ou du contrôle médical, d'un droit de rectification des données le concernant.

## **Section 1-2 : Soins palliatifs à domicile**

## **Article R162-1-16**

A la demande d'une personne dont l'état le requiert ou de son entourage, une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé exerçant à titre libéral ou salariés de centres de santé qui comprend notamment des médecins et des infirmiers peut être constituée selon le choix du patient pour dispenser, à son domicile, les soins palliatifs prévus à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique.

Ces professionnels désignent en leur sein un membre de l'équipe qui assure la coordination des interventions auprès de la personne, les relations avec les autres professionnels concernés et la caisse primaire d'assurance maladie.

L'équipe de soins palliatifs à domicile fait appel, le cas échéant, aux réseaux de santé prévus à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique, notamment en ce qui concerne l'évaluation des besoins des personnes, la permanence de l'accompagnement et la continuité des soins. Les membres de l'équipe bénéficient d'actions de formation ou d'évaluation, notamment celles proposées par le réseau.

## **Article R162-1-17**

Pour chaque patient, les professionnels de santé membres de l'équipe de soins palliatifs à domicile concluent, avec la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle réside le patient, un contrat conforme à un contrat type annexé à la présente sous-section.

a) Rémunération à l'acte, conformément aux dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels et des conventions nationales conclues entre les caisses nationales d'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des professions de santé, à laquelle s'ajoute un forfait pour la participation du professionnel concerné à la coordination des soins de la personne prise en charge par l'équipe de soins palliatifs à domicile ;

b) Rémunération forfaitaire des soins délivrés au patient et de la participation du professionnel concerné à la coordination de la prise en charge de la personne par l'équipe de soins palliatifs à domicile.

La rémunération du coordonnateur de l'équipe ou du centre de santé, si un salarié du centre exerce cette fonction, fait l'objet d'une majoration qui peut varier selon le nombre de professionnels de santé membres de l'équipe.

La signature du contrat entraîne le paiement des rémunérations forfaitaires visées aux précédents alinéas, à compter de la date de la demande de prise en charge du patient par l'équipe de soins palliatifs.

## **Article R162-1-18**



La valeur mensuelle des forfaits prévus au a et au b et de la majoration prévue à l'article R. 162-1-11 est fixée, pour chaque profession ou centre de santé, par avenant à la convention nationale concernée, selon les modalités prévues au chapitre II du titre VI du livre Ier (partie Législative) du code de la sécurité sociale.

La valeur de ces forfaits mensuels peut être réduite, dans des conditions définies par le contrat, pour tenir compte de périodes durant lesquelles l'état du patient n'a pas justifié l'intervention du professionnel de santé.

La caisse primaire procède au versement des rémunérations forfaitaires visées ci-dessus pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base d'états justificatifs mensuels des prestations effectuées au cours de la période considérée.

La répartition entre les régimes de la part prise en charge de l'assurance maladie en application de ce même article est effectuée chaque année suivant la répartition nationale des dotations globales hospitalières pour l'année considérée.

## **Article R162-1-19**

Les patients bénéficiant de soins palliatifs délivrés à domicile par des professionnels exerçant à titre libéral ou salariés de centres de santé signataires d'un contrat conforme au contrat type susmentionné sont dispensés de l'avance de leurs frais pour la part garantie par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité.

## **Section 2 : Chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux**

### **Sous-section 2 : Conventions départementales.**

#### **Article R162-2**

A défaut de convention nationale, les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes, aux masseurs-kinésithérapeutes, aux infirmières et infirmiers, aux pédicures, aux orthophonistes et aux orthoptistes pour les soins de toute nature, y compris les soins de maternité, dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont établis, pour chaque département ou chaque circonscription de caisse primaire d'assurance maladie, par des conventions entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie, la caisse de mutualité sociale agricole ou, pour les groupes de professions mentionnées à l'article L. 615-1, par la caisse de base du régime social des indépendants compétente et, d'autre part, un ou plusieurs des syndicats les plus représentatifs au sens de l'article L. 133-2 du code du travail, dans la circonscription considérée, de la profession intéressée.

Ces conventions doivent, à peine de nullité, être conformes à la fois aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux clauses de conventions types établies par décret en Conseil d'Etat.

Ces conventions viennent obligatoirement à échéance à la date fixée par la convention type. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction par période d'une année.

Les clauses des conventions types sont toutes obligatoires. En cas de besoin s'y ajoutent des clauses locales relatives notamment à la délimitation géographique des zones de plaine et de montagne.

### **Article R162-3**

Pour une même circonscription géographique, la caisse primaire d'assurance maladie, la caisse de mutualité sociale agricole et chaque caisse de base du régime social des indépendants compétente ont la faculté de conclure conjointement des conventions communes avec les syndicats de chirurgiens-dentistes, de sages-femmes ou d'auxiliaires médicaux, ou avec les dispensaires publics ou privés.

Dans le cas où une convention n'a été signée que par une ou plusieurs caisses, chacune des autres caisses conserve la possibilité de signer également une convention qui prend alors la forme d'une extension de la convention primitive.

Les conventions signées par les caisses de mutualité sociale agricole sont applicables, quel que soit l'organisme assureur, lorsque le bénéficiaire des soins relève du régime d'assurance maladie institué par le chapitre III.I du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime.

### **Article R162-4**

Les conventions intervenues en application des articles R. 162-2 et R. 162-3 ainsi que les tarifs qu'elles déterminent et leurs avenants n'entrent en vigueur qu'après approbation par le préfet de région.

Dès leur approbation, elles sont applicables, suivant le cas, à l'ensemble des chirurgiens-dentistes, sages-femmes ou des auxiliaires médicaux de la catégorie intéressée (masseurs-kinésithérapeutes, infirmières et infirmiers, pédicures, orthophonistes, orthoptistes) exerçant dans le département ou la circonscription concerné.

Cependant, dans les conditions déterminées par la convention type qui le concerne, chaque professionnel peut faire connaître à la caisse signataire qu'il n'accepte pas d'être régi par cette convention. Ces dispositions sont également applicables en cas de reconduction tacite de la convention et lorsque la convention est commune aux trois régimes, la signification est faite, auprès de la caisse primaire d'assurance maladie et vaut pour les deux autres régimes.

En cas de violation grave et répétée des stipulations conventionnelles par un chirurgien-dentiste, une sage-femme ou un auxiliaire médical, la ou les caisses signataires peuvent, dans les conditions déterminées par la convention type, se placer hors convention à l'égard de celui-ci.

### **Article R162-5**

Les tarifs conventionnels ne peuvent dépasser les plafonds de tarifs fixés, par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget, pour chacune des professions concernées, au vu de propositions conjointes ou séparées, de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale du régime social des indépendants, de la caisse centrale de secours mutuels agricoles et des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chaque profession intéressée.

### **Article R162-6**

En l'absence de convention, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux peuvent adhérer personnellement aux clauses de la convention type sur la base des plafonds de tarifs prévus à l'article R. 162-5.

L'adhésion personnelle est souscrite auprès de la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés, de la caisse de mutualité sociale agricole ou de la caisse de base du régime social des indépendants du département ou de la circonscription intéressés. Sauf stipulation contraire, l'adhésion souscrite auprès de la caisse primaire d'assurance maladie vaut pour les deux autres caisses. La caisse primaire d'assurance maladie est tenue d'en informer lesdites caisses.

L'adhésion personnelle prend effet au reçu par l'intéressé de la lettre par laquelle la caisse destinataire en constate la régularité. Elle prend fin à la date fixée par la convention type pour l'échéance des conventions. Elle se renouvelle ensuite par périodes d'une année par tacite reconduction. Sa résiliation s'opère dans les conditions fixées par la convention type.

L'entrée en vigueur d'une convention conclue et approuvée, pour une circonscription géographique déterminée, dans les conditions prévues aux articles R. 162-2 et R. 162-3, ou d'une convention nationale dûment approuvée, met fin aux adhésions personnelles en cours.

Les caisses d'assurance maladie ont la faculté de diffuser par tous moyens appropriés la liste des chirurgiens-dentistes, sages-femmes ou auxiliaires médicaux ayant souscrit une adhésion personnelle. En particulier, cette liste peut être transmise aux assurés sociaux.

### **Article R162-7**

Des arrêtés conjoints du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé, du

ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget fixent les tarifs servant de base au remboursement des honoraires à défaut de convention ou en l'absence d'adhésion personnelle.

### **Article R162-8**

Lorsque les soins sont fournis dans un dispensaire public ou privé, les tarifs d'honoraires sont établis par des conventions conclues entre la caisse primaire d'assurance maladie, la caisse de mutualité sociale agricole ou, pour les groupes de professions mentionnées à l'article L. 615-1, par la caisse mutuelle régionale compétente et le dispensaire.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget fixe les plafonds des tarifs conventionnels applicables pour les dispensaires conformément aux dispositions de l'article L. 162-32, ainsi que les tarifs applicables en l'absence de convention.

Les conventions de dispensaires et les tarifs qu'elles fixent n'entrent en application qu'après approbation, par le préfet de région.

### **Article R162-9**

Les conventions types établies pour les sages-femmes et les auxiliaires médicaux en application du premier alinéa de l'article 21 du décret n° 60-451 du 12 mai 1960 demeurent provisoirement en vigueur.

## **Sous-section 3 : Commissions paritaires départementales - Commission paritaire nationale.**

### **Article R162-10**

En l'absence de convention nationale, il est institué dans chaque département respectivement pour les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmières et infirmiers, les pédicures, les orthophonistes et les orthoptistes, une commission paritaire composée, d'une part, de huit représentants des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, de huit représentants du ou des syndicats les plus représentatifs, dans le département de la profession considérée.

La représentation des caisses est assurée dans les conditions suivantes : cinq représentants désignés par la ou les caisses primaires d'assurance maladie des travailleurs salariés du département, deux représentants désignés par la caisse de mutualité sociale agricole et un représentant désigné d'un commun accord par les caisses de base du régime social des indépendants compétentes, dans le

département, pour les groupes de professions mentionnées à l'article L. 615-1.

La qualité de membre d'une profession de santé est incompatible avec celle de représentant d'un organisme d'assurance maladie.

Des membres suppléants sont désignés en nombre égal à celui des membres titulaires et dans les mêmes conditions.

Peuvent assister, à titre consultatif, aux séances de la commission paritaire départementale, des membres du contrôle médical des trois régimes d'assurance maladie.

Les séances de la commission sont présidées, à tour de rôle, par un des représentants de la profession et par un représentant des caisses d'assurance maladie selon un ordre défini d'un commun accord.

## **Article R162-11**

La commission paritaire départementale a pour mission d'harmoniser, dans un esprit de coopération mutuelle, les rapports entre les membres des professions représentées, d'une part, les assurés sociaux et les caisses d'assurance maladie, d'autre part.

D'une manière générale, et sans préjudice de l'application des dispositions des articles L. 145-1 à L. 145-8, elle a un rôle conciliateur dans les litiges survenus à l'occasion de la tarification des soins dispensés aux assurés sociaux ou portant sur les prescriptions lorsqu'il s'agit de praticiens, compte tenu notamment des dispositions de l'article L. 162-4.

Dans les conditions prévues par les conventions types, elle connaît des situations définies par ces conventions, notamment quant au respect des tarifs conventionnels, aux justifications relatives au dépassement de ces tarifs, ainsi que, pour les chirurgiens-dentistes, des dispositions particulières prévues en matière de prothèse dentaire.

Les seuls motifs de nature à justifier le dépassement des tarifs conventionnels sont les exigences particulières du malade résultant des circonstances de temps ou de lieu, ainsi que, le cas échéant, l'inscription sur la liste des bénéficiaires du droit permanent à dépassement des tarifs conventionnels.

A cet effet, la commission paritaire départementale établit et tient à jour la liste des bénéficiaires de ce droit compte tenu des conditions fixées pour son obtention par la convention type.

Les recours contre ses décisions sont portés devant la commission paritaire nationale prévue à l'article R. 162-12.

## **Article R162-12**

En l'absence de convention nationale, il est institué respectivement pour les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmières et infirmiers, les pédicures, les orthophonistes et les orthoptistes une commission paritaire nationale composée, d'une part, de huit représentants des caisses nationales d'assurance maladie et, d'autre part, de huit représentants de la ou des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la professions considérée.

La représentation des caisses est assurée dans les conditions suivantes : cinq représentants désignés par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, deux représentants désignés par la caisse centrale de secours mutuels agricoles et un représentant désigné par la Caisse nationale du régime social des indépendants.

La qualité de membre d'une profession de santé est incompatible avec celle de représentant d'un organisme d'assurance maladie.

Des membres suppléants sont désignés en nombre égal à celui des titulaires et dans les mêmes conditions.

Le médecin conseil national de chacun des trois régimes concernés, ou son représentant, assiste à titre consultatif aux séances des commissions paritaires nationales.

### **Article R162-13**

La commission paritaire nationale de chacune des professions concernées étudie tout problème soulevé par les rapports entre la profession et les organismes d'assurance maladie à l'occasion du fonctionnement de cette assurance.

La commission paritaire nationale statue, compte tenu des conditions fixées par la convention type pour l'obtention du droit permanent à dépassement des tarifs conventionnels, sur les recours contre les décisions prises par les commissions paritaires départementales en matière d'inscription sur la liste des bénéficiaires de ce droit.

Ces recours peuvent être formés par les caisses d'assurance maladie, les syndicats compétents ou l'intéressé.

En cas de carence d'une commission paritaire départementale dans l'établissement et la tenue à jour de la liste des bénéficiaires du droit permanent, ses attributions à cet égard sont exercées par la commission paritaire nationale.

### **Article R162-14**

La commission départementale ou la commission nationale ne peut statuer qu'à parité des membres représentant les organismes d'assurance maladie, d'une part, et les organisations syndicales, d'autre part, et si la moitié de ses membres titulaires sont présents ou remplacés par leurs suppléants.

## **Article R162-15**

Les modalités de fonctionnement des commissions paritaires départementales et nationale sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget.

## **Article R162-16**

Les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux membres des commissions paritaires départementales et de la commission paritaire nationale ont droit à une indemnité de vacation et à une indemnité de déplacement dont le montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget.

## **Section 3 : Biologiste responsable et biologistes-coresponsables**

### **Article R162-17**

I.-Le laboratoire de biologie médicale qui transmet à un autre laboratoire un échantillon biologique dans les conditions mentionnées à l'article L. 6211-19 du code de la santé publique accompagne la fiche de transmission de cet échantillon d'une copie de la prescription médicale mentionnée à l'article L. 6211-8 du même code. Lorsqu'un examen de biologie médicale est réalisé à la demande de l'assuré, la fiche de transmission mentionne l'accord de l'assuré pour cette transmission. Dans tous les cas, lorsqu'un examen n'est pas remboursé, la fiche de transmission mentionne l'accord de l'assuré dûment informé du tarif applicable.

Le laboratoire de biologie médicale qui a effectué cet examen de biologie médicale adresse au laboratoire transmetteur le compte rendu des résultats interprétés sur le papier à en-tête du laboratoire comportant le nom et la signature du biologiste médical responsable. Ce compte rendu précise, le cas échéant, les modifications de la prescription médicale effectuées par ce laboratoire et mentionne l'accord du médecin prescripteur pour ces modifications dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 6211-8 du code de la santé publique.

Le compte rendu comprenant l'intégralité des mentions précitées peut être envoyé au laboratoire transmetteur sous forme électronique.

Le laboratoire de biologie médicale qui a effectué les examens de biologie médicale informe le laboratoire transmetteur du tarif de chacun de ces examens. Les tarifs sont conformes à ceux mentionnés à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale lorsque les examens réalisés figurent sur la liste d'actes et de prestations prévue à l'article L. 162-1-7 du même code ou sont fixés avec tact et mesure lorsqu'ils n'y figurent pas.

II.-Les dispositions du I s'appliquent en cas de retransmission d'un échantillon biologique réalisée dans les conditions mentionnées aux articles L. 6211-19 et L. 6211-20 du code de la santé publique. Le laboratoire de référence ou le laboratoire de biologie médicale qui a procédé à la réalisation de l'examen de biologie médicale adresse les documents mentionnés au I directement au laboratoire de biologie médicale qui a procédé à cette transmission.

III.-Sous réserve de son dernier alinéa, les dispositions du I s'appliquent en cas de transmission d'un échantillon biologique à un laboratoire de biologie médicale établi dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui remplit les conditions mentionnées à l'article L. 6221-4. Le laboratoire de biologie médicale à l'origine de la transmission de l'échantillon biologique informe au préalable l'assuré du tarif des examens de biologie médicale qui seront réalisés par cet autre laboratoire.

## **Section 4 : Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques**

### **Article R162-19**

L'arrêté prévu au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 est pris par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R162-20**

Sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 162-20-2, la convention conclue en application des articles L. 162-16-1 et L. 162-17-4 entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique du médicament peut, à la demande de l'entreprise ou du comité, faire l'objet d'un avenant dans les conditions prévues par la convention, et notamment dans les cas suivants :

1° Inscription d'un nouveau médicament exploité par l'entreprise sur la liste prévue à l'article L. 162-17 ou renouvellement d'une inscription sur cette liste ;

2° Non-renouvellement de l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-17, ou radiation de cette liste, d'un médicament visé par la convention ;

3° Transfert à une autre entreprise de l'autorisation de mise sur le marché ou de l'exploitation d'un médicament inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-17 et visé par la convention ;

4° Modification des données prises en compte pour la fixation du prix des médicaments qui font l'objet de la convention.

Au présent article et aux articles R. 162-20-1 et R. 162-20-2, le terme d'"entreprise" désigne également le groupe d'entreprises.



## **Article R162-20-1**

Lorsque l'évolution du prix de vente d'un médicament a été prévue par la convention, le Comité économique du médicament s'assure que les conditions d'évolution du prix fixées par la convention sont remplies. A cette fin, l'entreprise adresse les éléments d'information nécessaires au moins quarante jours avant la date d'application du nouveau prix prévue par la convention.

Le Comité économique du médicament informe l'entreprise, avant cette date, s'il considère que lesdites conditions sont remplies. Si elles le sont, le nouveau prix fait l'objet d'un avis publié au Journal officiel avant cette date.

## **Article R162-20-2**

Lorsque le Comité économique du médicament constate la survenance d'une des situations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 162-17-4, il en informe l'entreprise et lui notifie une proposition d'avenant pour adapter la convention à cette situation, en lui indiquant les motivations de cette proposition.

L'entreprise dispose d'au moins un mois à compter de la date de cette notification pour présenter ses observations écrites ou demander à être entendue par le Comité économique du médicament.

A défaut de conclusion d'un avenant dans un délai de deux mois à compter de cette même date, le Comité économique du médicament peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions et proposer aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie de fixer le prix du ou des médicaments concernés par arrêté.

## **Article R162-20-3**

La liste des conventions signées et des avenants à ces conventions, ainsi que des médicaments qu'elles visent et de leurs prix, fait l'objet d'une publication au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale.

## **Article R162-20-4**

Ainsi qu'il est dit à l'article R. 5123-1 du code de la santé publique :

" Art.R. 5123-1.-L'ordonnance comportant une prescription de médicaments indique, pour permettre la prise en charge de ces médicaments par un organisme d'assurance maladie, pour chacun des médicaments prescrits :

1° La posologie ;

2° Soit la durée du traitement, soit, lorsque la prescription comporte la dénomination du médicament au sens de l'article R. 5121-2, le nombre d'unités de conditionnement.

Toutefois, si l'une ou l'autre des mentions prévues aux 1° et 2° ou les deux font défaut, le médicament peut être pris en charge si le pharmacien dispense le nombre d'unités de conditionnement correspondant aux besoins du patient après avoir recueilli l'accord du prescripteur qu'il mentionne expressément sur l'ordonnance. Lorsque le médicament n'est pas soumis aux dispositions de l'article R. 5132-3, il peut être pris en charge sans l'accord du prescripteur si le pharmacien délivre soit le nombre d'unités de conditionnement qui figure sur l'ordonnance sous réserve de délivrer le conditionnement commercialisé comportant le plus petit nombre d'unités de prise, soit, si le nombre d'unités de conditionnement ne figure pas sur l'ordonnance, le conditionnement comportant le plus petit nombre d'unités de prise, parmi les conditionnements commercialisés. "

## **Article R162-20-5**

Ainsi qu'il est dit à l'article R. 5123-2 du code de la santé publique :

" Art.R. 5123-2.-L'ordonnance comportant la prescription d'un médicament pour une durée de traitement supérieure à un mois indique, pour permettre la prise en charge de ce médicament, soit le nombre de renouvellements de l'exécution de la prescription par périodes maximales d'un mois ou de trois mois pour les médicaments présentés sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois, soit la durée totale de traitement, dans la limite de douze mois. Pour les médicaments contraceptifs, le renouvellement de l'exécution de la prescription peut se faire par périodes maximales de trois mois, quel que soit leur conditionnement.

Pour en permettre la prise en charge, le pharmacien ne peut délivrer en une seule fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à quatre semaines ou à trente jours selon le conditionnement. Toutefois, les médicaments présentés sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois peuvent être délivrés pour cette durée dans la limite de trois mois. En outre, quel que soit leur conditionnement, les médicaments contraceptifs peuvent être délivrés pour une durée de douze semaines. "

## **Article R162-20-5-1**

Ainsi qu'il est dit à l'article R. 5123-2-1 du code de la santé publique :

Art.R. 5123-2-1.-Dans le cadre d'un traitement chronique, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée, le pharmacien dispense les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement si les conditions suivantes sont remplies :

1° L'ordonnance comporte la prescription du médicament permettant, en application des

dispositions de l'article R. 5123-2, une durée totale de traitement d'au moins trois mois ;

2° Ce médicament ne relève pas d'une des catégories mentionnées dans l'arrêté ministériel prévu à l'article L. 5125-23-1.

Le pharmacien délivre le conditionnement commercialisé comportant le plus petit nombre d'unités de prise. Il porte sur l'ordonnance la mention " délivrance par la procédure exceptionnelle d'une boîte supplémentaire " en indiquant la ou les spécialités ayant fait l'objet de la dispensation. Il appose en outre sur l'ordonnance le timbre de l'officine et la date de délivrance.

Il informe de la dispensation le médecin prescripteur dès que possible et par tous moyens dont il dispose.

La même ordonnance ne peut donner lieu qu'à une seule dispensation en application du présent article.

## **Article R162-20-6**

Ainsi qu'il est dit à l'article R. 5123-3 du code de la santé publique :

Art.R. 5123-3.-Sous réserve de l'application des dispositions de l'article R. 5123-2-1, le pharmacien délivre le conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur l'ordonnance.

## **Section 5 : Etablissements de santé**

### **Sous-section 1 : Conseil de l'hospitalisation**

#### **Article R162-21**

En vue de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2 du présent code transmet chaque année, au plus tard le 15 juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale une proposition sur le montant des sous-objectifs de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie relatifs aux dépenses des établissements de santé.

Il leur transmet également un rapport d'activité.

#### **Article R162-22**

Sont prises sur recommandation du conseil de l'hospitalisation les décisions fixant :

1° Le montant des objectifs de dépenses d'assurance maladie et des dotations nationales mentionnés au I des articles L. 162-22-2 et L. 162-22-9 et à l'article L. 174-1-1 ;

2° Le montant de la dotation nationale et des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des mesures d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements ;

3° Les éléments de tarification mentionnés au I de l'article L. 162-22-3 et aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 ;

4° Les tarifs de responsabilité des établissements de santé mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 ;

5° La classification des prestations mentionnées aux articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 ;

6° La liste et les conditions dans lesquelles certaines spécialités pharmaceutiques et certains produits et prestations peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnée à l'article L. 162-22-7 ;

7° La liste des structures, des programmes et des actions ainsi que des actes et produits pris en charge par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 ;

8° Le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports mentionné au premier alinéa de l'article L. 322-5-5 ;

9° Le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de certains produits et prestations mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-30-2.

## **Article R162-23**

Les recommandations relatives aux décisions mentionnées aux 1° à 4° de l'article R. 162-22 sont transmises aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard le 15 décembre de l'année précédant celle pour laquelle s'appliquent les décisions en cause. A défaut de recommandation, ces décisions sont transmises pour avis au conseil de l'hospitalisation qui dispose d'un délai de dix jours pour se prononcer.

Les recommandations relatives aux décisions mentionnées aux 5° et 7° du même article sont formulées par le conseil de l'hospitalisation de sa propre initiative ou sur saisine préalable des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le sollicitent. Dans ce cas, le conseil dispose d'un délai d'un mois pour formuler ses recommandations.

### **Article R162-24**

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir le conseil de l'hospitalisation pour avis sur les principes généraux mentionnés au 3° de l'article L. 182-2-3 relatifs aux inscriptions d'actes et prestations prévus à l'article L. 162-1-7. Le conseil dispose d'un délai d'un mois pour rendre son avis.

### **Article R162-25**

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent demander l'avis du conseil de l'hospitalisation sur tout dossier portant sur la politique de financement des établissements de santé.

Ils transmettent au conseil les rapports et études que celui-ci estime utiles à l'accomplissement de ses missions, notamment les rapports semestriels de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, ainsi que les avis du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie.

### **Article R162-26**

Le conseil de l'hospitalisation peut demander aux établissements publics rattachés aux ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale toute étude ou évaluation qu'il estime utile à l'accomplissement de ses missions et peut également entendre toute personne qualifiée de son choix, notamment les représentants des fédérations des établissements de santé.

## **Sous-section 2 : Tarification des activités de soins des établissements de santé**

### **Article R162-28**

Les établissements de santé privés sont classés compte tenu de leur nature, de leur valeur technique et de leurs qualités de confort et d'accueil. Les critères de classement sont déterminés par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé et du ministre chargé du budget, après avis du comité national des contrats d'établissements privés visé à l'article R. 162-39.

Le classement de chaque établissement ou service d'hospitalisation privé est effectué par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du comité régional des contrats d'établissements privés mentionné à l'article R. 162-40.

## **Article R162-29**

Les activités de soins dont les frais sont pris en charge en tout ou partie par les régimes obligatoires de sécurité sociale sur la base de tarifs nationaux, conformément aux dispositions des articles L. 162-22-6 et L. 162-22-8, sont les suivantes :

1° Les activités relevant de la médecine et des spécialités médicales, de la chirurgie et des spécialités chirurgicales, de la gynécologie-obstétrique et des spécialités gynécologiques et obstétricales, soumises ou non à autorisation en application des 1° à 3° et 8° à 19° de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique ainsi que les activités d'odontologie ;

2° Les activités exercées sous la forme d'hospitalisation à domicile.

## **Article R162-29-1**

Les activités de soins dont les frais sont pris en charge en tout ou partie par les régimes obligatoires de sécurité sociale sur la base de tarifs journaliers fixés pour chaque établissement par le directeur général de l'agence régionale de santé, conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-1, sont les suivantes :

1° Les activités de soins de suite et de réadaptation mentionnées au 5° de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique ainsi que toutes les activités qu'elles recouvrent ;

2° Les activités de soins de psychiatrie mentionnées au 4° de l'article R. 6122-25 du même code.

## **Article R162-29-2**

Les activités des soins dont les frais sont pris en charge en tout ou partie par les régimes obligatoires de sécurité sociale sous forme d'une dotation annuelle de financement, conformément aux dispositions de l'article L. 174-1, sont les suivantes :

1° Les activités de soins de suite et de réadaptation mentionnées au 5° de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique ainsi que toutes les activités qu'elles recouvrent ;

2° Les activités de soins de psychiatrie mentionnées au 4° de l'article R. 6122-25 du même code.

## **Article R162-29-3**

Les activités de soins dont les frais sont pris en charge en tout ou partie par les régimes obligatoires de sécurité sociale sur la base d'un forfait global relatif aux soins fixé pour chaque établissement par le directeur général de l'agence régionale de santé conformément aux dispositions de l'article L. 174-5 sont les activités de soins de longue durée mentionnées au 7° de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique.

## **Article R162-30**

Les tarifs d'hospitalisation auxquels sont soignés les assurés sociaux, dans les établissements ayant conclu un contrat dans les conditions prévues à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, sont, à l'exclusion des suppléments liés à des exigences particulières du malade, égaux aux tarifs de responsabilité.

## **Article R162-31**

Les catégories de prestations d'hospitalisation donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de la sécurité sociale mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 sont les suivantes :

1° Le séjour et les soins avec ou sans hébergement, représentatifs de la mise à disposition des moyens humains, techniques et matériels nécessaires à l'hospitalisation du patient, y compris, pour les établissements mentionnés à l'article 24 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, la mise à disposition des praticiens et auxiliaires médicaux et l'exécution des examens de biologie médicale.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits.

Le montant des prestations susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie au titre de ces forfaits est calculé selon les modalités suivantes :

a) Dans le cas d'une hospitalisation avec hébergement, soit sur la base d'un tarif journalier dû dès lors que le patient est présent plus de 24 heures puis à chaque fois qu'il est présent à zéro heure, soit sur la base d'un tarif dû pour chaque séjour non programmé de moins de 24 heures, soit sur la base d'un tarif dû pour chaque séjour d'une durée supérieure à 24 heures, soit sur la base d'un tarif dû pour chaque semaine d'hospitalisation ;

b) Dans le cas d'une hospitalisation sans hébergement, soit sur la base d'un tarif applicable par séance, soit sur la base d'un tarif dû pour chaque semaine au cours de laquelle une ou plusieurs séances de soins ont lieu ;

2° La fourniture et l'administration des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics. La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits. Le montant des prestations susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie au titre de ces forfaits est calculé sur la base d'un tarif journalier dû dès lors que le patient est présent plus de 24 heures puis à chaque fois

qu'il est présent à zéro heure ;

3° L'utilisation d'une salle de sismothérapie, représentative de la mise à disposition des moyens humains, techniques et matériels nécessaires à l'accomplissement des actes qui s'y trouvent réalisés. La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par un forfait unitaire applicable à l'acte ;

4° Le transport de sang. Pour la prise en charge de ce transport, des forfaits couvrent les frais engagés par l'établissement de santé lorsqu'il assure un tel transport. Dans ce cas, le transport ne fait pas l'objet d'une facturation par l'établissement de transfusion sanguine.

## **Article R162-31-1**

Sont exclus de tous les forfaits mentionnés à l'article R. 162-31, à l'exception des éléments mentionnés aux a et b ci-dessous pour ceux des établissements mentionnés à l'article 24 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, et font l'objet d'une rémunération distincte :

- a) Les honoraires des praticiens et, le cas échéant, les rémunérations des personnels qu'ils prennent en charge directement, y compris les examens de biologie médicale ;
- b) Les honoraires des auxiliaires médicaux à l'exception des soins infirmiers ;
- c) Les frais afférents à la fourniture des produits sanguins labiles mentionnés à l'article L. 1221-8 du code de la santé publique ;
- d) Les frais afférents à la fourniture de médicaments dérivés du sang mentionnés à l'article L. 1221-8 du code de la santé publique et inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics ;
- e) Les frais afférents à la fourniture de certains produits inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et dont la liste et les conditions de prise en charge sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- f) Les frais afférents à la fourniture des médicaments dispensés dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, notamment ceux nécessaires au traitement d'une pathologie différente de celle qui motive l'hospitalisation.

## **Article R162-31-2**

Les tarifs des prestations mentionnées à l'article R. 162-31 des établissements nouvellement créés ou issus d'un regroupement entre établissements ainsi que les tarifs des prestations correspondant à des activités nouvellement autorisées ou reconnues au sein d'un établissement sont déterminés sur la



base des données régionales et nationales issues du système d'information prévu aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ou, à défaut, des tarifs applicables pour les mêmes activités dans les établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 qui présentent des conditions techniques de fonctionnement équivalentes.

### **Article R162-31-3**

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les conditions d'application des articles R. 162-31 et R. 162-31-1 à chacune des prestations prises en charge par l'assurance maladie.

### **Article R162-32**

Les catégories de prestations d'hospitalisation donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 sont les suivantes :

1° Le séjour et les soins avec ou sans hébergement, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient, à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-32-1.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits.

Ces forfaits sont facturés par séance, journée ou séjour. Ils peuvent être minorés ou majorés notamment en fonction de la durée de séjour.

Les forfaits correspondant aux prestations d'hospitalisation à domicile font l'objet d'une minoration lorsque ces prestations sont dispensées au profit d'un patient hébergé dans un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et qui bénéficie d'une autorisation accordée conformément au quatrième alinéa de l'article L. 313-3 du même code.

2° Les soins dispensés dans les services et les unités d'accueil et de traitement des urgences, à l'exception des soins dispensés au sein d'une unité d'hospitalisation de courte durée, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'accueil et au traitement du patient à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-32-1.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits.

Ces forfaits sont facturés pour chaque passage non programmé dans un service ou une unité d'accueil et de traitement des urgences autorisé, dès lors que ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation en service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

3° Les prélèvements d'organes ou de tissus, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires au prélèvement d'organes ou de tissus et, le cas échéant, à la conservation, à la restauration et à la restitution du corps à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-32-1.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits facturés pour chaque prélèvement d'un ou plusieurs organes ou tissus.

4° Les soins non programmés non suivis d'une hospitalisation dans les établissements qui ne sont pas autorisés à exercer l'activité d'accueil et de traitement des urgences, représentatifs de la mise à disposition de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits.

Ces forfaits sont facturés dès lors que certains actes nécessitant l'utilisation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation sont effectués lors des soins non programmés.

5° Les soins non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé, représentatifs de la mise à disposition des moyens nécessaires à l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier. La prise en charge des frais résultant de l'utilisation de ces moyens est assurée par des forfaits facturés pour chaque passage à l'exception des cas où le passage est réalisé dans les conditions du 2° du présent article ;

6° Les soins non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'administration, en environnement hospitalier, de produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, à l'exception des moyens faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-32-1.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits facturés pour chaque administration d'un ou plusieurs produits ou prestations mentionnés au précédent alinéa.

## **Article R162-32-1**

1° Sont exclus de tous les forfaits mentionnés à l'article R. 162-32 et font l'objet d'une prise en charge distincte les frais afférents à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7.

2° Sous réserve des dispositions du 4°, sont exclus des forfaits des établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, à l'exception des établissements mentionnés à l'article 24 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 :

-les honoraires des praticiens, y compris ceux afférents aux examens de biologie médicale, et, le cas échéant, les rémunérations des personnels qu'ils prennent en charge directement ;

-les honoraires des auxiliaires médicaux, à l'exclusion de ceux afférents aux soins infirmiers.

3° Sont exclus des forfaits mentionnés aux 2°, 4°, 5° et 6° de l'article R. 162-32 des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 les frais afférents aux consultations et aux actes réalisés dans ces établissements.

4° Sont exclus des forfaits mentionnés au 1° de l'article R. 162-32 couvrant l'activité d'hospitalisation à domicile et font l'objet d'une prise en charge distincte les honoraires des praticiens à l'exception :

a) De ceux afférents aux examens de biologie médicale ;

b) Pour les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, de ceux du praticien

désigné par le patient pour assurer de façon continue sa prise en charge à domicile.

## **Article R162-32-2**

Les catégories de prestations pour exigences particulières du patient, sans fondement médical, mentionnées au 2° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale, en sus des prestations mentionnées au 1° des mêmes articles, sont les suivantes :

1° L'installation dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, en cas d'hospitalisation ;

2° L'hébergement, ainsi que les repas et les boissons des personnes qui accompagnent la personne hospitalisée ;

3° La mise à disposition du patient, à la chambre, de moyens d'émission et de réception d'ondes radioélectriques, notamment la télévision et le téléphone ;

4° Les interventions de chirurgie esthétique mentionnées à l'article L. 6322-1 du code de la santé publique ;

5° Les prestations exceptionnelles ayant fait l'objet d'une demande écrite, dans la mesure où ces prestations ne sont pas couvertes par les tarifs des prestations de l'établissement.

Peut également donner lieu à une facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale le maintien du corps du patient dans la chambre mortuaire de l'établissement, à la demande de la famille, au-delà du délai de trois jours suivant le décès prévu à l'article R. 2223-89 du code général des collectivités territoriales.

L'établissement doit informer le patient du prix de ces prestations, pour lesquelles il établit une facture détaillée conformément aux dispositions de l'article L. 441-3 du code de commerce.

Les dispositions du présent article s'appliquent également aux établissements relevant des articles L. 162-22-16 et L. 174-1 du présent code.

## **Article R162-32-3**

Sans préjudice des dispositions prévues aux articles R. 162-42-10 et suivants pour les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6, les modalités de contrôle par les agences régionales de santé de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements sont les suivantes :

1° L'établissement de santé offre toutes les facilités nécessaires à l'exercice des contrôles qui sont réalisés en présence du directeur de l'établissement ou de son représentant. Lors de la visite, aucune observation ne doit être faite en présence du malade ou de sa famille, ou en présence d'un tiers,

membre du personnel ou non, à l'exception du directeur ou de son représentant ;

2° Les agents chargés du contrôle présentent sur place les observations utiles à la direction de l'établissement. Ils établissent, dans un délai de deux mois à compter du dernier jour de contrôle, un rapport adressé à l'établissement qui peut alors faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

### **Article R162-32-4**

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les conditions d'application des articles R. 162-32 et R. 162-32-1 à chacune des prestations prises en charge par l'assurance maladie.

### **Article R162-33**

Les tarifs d'hospitalisation et de responsabilité doivent tenir compte du fait qu'une part des frais professionnels des praticiens et auxiliaires médicaux normalement couverte par les honoraires est supportée par l'établissement, notamment par la mise à la disposition de personnels, locaux et matériels.

### **Article R162-39**

Il est institué un comité national des contrats d'établissements privés, composé à parts égales :

1° De représentants des ministres chargés respectivement de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture et du budget ;

2° De représentants de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et de la Caisse nationale du régime social des indépendants ;

3° De représentants du comité professionnel national de l'hospitalisation privée mentionné à l'article L. 162-22-2.

Les avis du comité sont adoptés à la majorité des deux tiers.

Ce comité est chargé :

1° De suivre l'application du contrat tripartite national, du contrat type qui lui est annexé et de l'accord annuel conclu en application de l'article L. 162-22-2 ;

2° D'émettre un avis sur les critères de classement des établissements ;

3° D'émettre un avis sur les recours formés devant le ministre chargé de la sécurité sociale contre les décisions individuelles de classement ; lorsque le comité statue à ce titre, les représentants de l'Etat ne prennent pas part au vote ; les avis sont alors adoptés à la majorité simple.

## **Article R162-40**

Il est institué dans chaque région un comité régional des contrats d'établissements privés, composé à parts égales de représentants de l'agence régionale de santé et des organisations syndicales professionnelles les plus représentatives à l'échelon national. Les sièges réservés aux représentants des organisations professionnelles sont répartis entre celles-ci au prorata du nombre d'établissements adhérents dans la région ; toutefois, aucune organisation ne pourra disposer de moins d'un siège.

Il peut être saisi pour avis par l'agence régionale de santé ou par un établissement de santé privé au sujet de l'application des contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique.

## **Article R162-41**

Chaque année, dans un délai de quinze jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget arrêtent, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, le montant de l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2.

Le montant de cet objectif est déterminé en tenant compte notamment des éléments suivants :

1° L'état provisoire et l'évolution des charges d'assurance maladie au titre des soins dispensés l'année précédente ;

2° L'évaluation des charges des établissements ;

3° L'évaluation des gains de productivité réalisés et envisageables dans le secteur ;

4° Les changements de régime juridique ou de financement de certains établissements, ou services ou activités des établissements concernés.

## **Article R162-41-1**

Chaque année, dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-41, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation prise après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6, les éléments tarifaires mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-3 dans le respect de l'objectif quantifié national fixé en application des dispositions de l'article L. 162-22-2.

L'évolution moyenne nationale des tarifs des prestations mentionnée au 1° du I de l'article L.

162-22-3 est déterminée en tenant compte notamment des prévisions d'évolution de l'activité des établissements de santé au titre de l'année en cours. Il peut également être tenu compte de la situation financière des établissements, appréciée, le cas échéant, par activité de soins.

## **Article R162-41-2**

En vue de réduire les inégalités tarifaires entre les régions, les taux de l'évolution moyenne des tarifs des prestations de chaque région mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-3 peuvent être modulés par rapport au taux de l'évolution moyenne nationale des tarifs des prestations, pour tenir compte de l'activité des établissements de la région appréciée à partir des informations mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique et des besoins de santé de la population.

Pour les disciplines pour lesquelles les données mentionnées à l'article L. 6113-7 susvisé ne sont pas disponibles, le taux de l'évolution moyenne des tarifs des prestations de chacune de ces disciplines peut être modulé selon les régions, en tenant compte de l'écart entre le tarif moyen régional de la discipline considérée et le tarif moyen national.

Il peut également être tenu compte, lors de la modulation interrégionale, d'éventuels facteurs spécifiques de coûts qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations.

Lorsque des mesures tarifaires ont été prises pour certaines activités médicales en application du 1° du I de l'article L. 162-22-3, le taux de l'évolution moyenne des tarifs des prestations de chaque région est majoré ou diminué du coefficient affecté au taux d'évolution correspondant à ces mesures.

La somme des taux de l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations afférents à une activité médicale, pondérés de la part des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés pour cette activité dans l'ensemble des établissements de la région considérée, pour le dernier exercice connu, dans le total des charges supportées par ces régimes au titre des soins dispensés pour cette activité, corrigées de l'effet des changements de régime juridique ou de financement de certains établissements, ne doit pas excéder le taux de l'évolution moyenne nationale.

## **Article R162-41-3**

Chaque année, dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-41-1, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, après avis des représentants dans la région des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6, les règles générales de modulation et les critères d'évolution des tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 162-22-4.

L'arrêté du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation ainsi que les avenants tarifaires pris pour son application sont tenus de respecter les taux de l'évolution moyenne dans la région des tarifs des

prestations.

La somme des taux de l'évolution tarifaire moyenne des établissements de la région fixés en application des dispositions de l'article L. 162-22-4, pondérés de la part des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés en soins de suite ou de réadaptation et en psychiatrie dans l'établissement considéré, pour le dernier exercice connu, dans le total des charges supportées par ces régimes au titre des soins dispensés en soins de suite ou de réadaptation et en psychiatrie dans les établissements de santé privés de la région, corrigées de l'effet des changements de régime juridique ou de financement de certains établissements, ne doit pas excéder le taux d'évolution moyen des tarifs des prestations de la région. Le taux de l'évolution tarifaire moyenne de chaque établissement correspond à la somme des taux d'évolution des tarifs de chacune des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 de l'établissement considéré, pondérés par la part des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans l'établissement pour cette prestation dans le total des charges supportées par ces régimes au titre des soins dispensés en soins de suite ou de réadaptation et en psychiatrie dans cet établissement au cours du dernier exercice connu.

#### **Article R162-41-4**

Le montant des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés en soins de suite ou de réadaptation et en psychiatrie par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, et sa répartition par région, établissement et nature d'activité, est communiqué par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés à l'Etat, au plus tard le 31 mai pour l'état définitif des charges de l'année précédente et l'état des charges du premier trimestre de l'année en cours, et le 31 décembre pour l'état provisoire des charges de l'année. Chaque fois que l'Etat en fait la demande, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés lui communique le dernier état des charges connu.

Le montant s'apprécie à partir de la consolidation par les organismes nationaux dont relèvent les caisses mentionnées à l'article L. 174-18 des versements de ces caisses aux établissements de santé privés au titre des soins dispensés en soins de suite ou de réadaptation et en psychiatrie. La consolidation des données nationales issues des différents régimes d'assurance maladie s'effectue sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce constat peut également être effectué par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés à partir des données fournies par le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie mentionné à l'article L. 161-28-1. Les données obtenues sont complétées par le montant des prestations restant à payer au titre des soins dispensés au cours de l'exercice considéré et correspondant à la valeur estimative des bordereaux de facturation non encore reçus, ou reçus mais non encore liquidés, ou liquidés mais non encore payés, à la clôture de cet exercice.

#### **Article R162-41-5**

En application des dispositions du dernier alinéa du II de l'article L. 162-22-3, les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 peuvent être modifiés par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

## **Article R162-41-6**

Les tarifs de responsabilité mentionnés au II de l'article L. 162-22-5 sont fixés par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé à un taux qui ne peut être inférieur à 50 % ni supérieur à 75 % de la moyenne des tarifs applicables dans la région aux établissements de même nature ayant conclu un contrat d'objectifs et de moyens ou, le cas échéant, celle des tarifs applicables dans une autre région.

## **Article R162-42**

Chaque année, dans un délai de quinze jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget arrêtent, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, le montant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-9 et le montant de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13.

Le montant de l'objectif mentionné à l'alinéa précédent est déterminé en tenant compte notamment des éléments suivants :

- 1° L'état provisoire et l'évolution des charges d'assurance maladie au titre des soins dispensés l'année précédente ;
- 2° L'évaluation des charges des établissements ;
- 3° L'évaluation des gains de productivité réalisés et envisageables dans le secteur ;
- 4° Les changements de régime juridique ou de financement de certains établissements, ou services ou activités des établissements concernés.

## **Article R162-42-1**

Dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-42, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation prise après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, les éléments tarifaires mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 dans le respect de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-9.

A cet effet, les tarifs nationaux des prestations et les montants des forfaits annuels sont déterminés en tenant compte notamment des 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 et de l'impact de l'application des coefficients géographiques aux tarifs des établissements des zones concernées.

Pour le calcul des tarifs nationaux des prestations, il peut également être tenu compte de la situation financière des établissements, appréciée, le cas échéant, par activité de soins, ou du coût relatif des



prestations d'hospitalisation.

Pour le calcul du coefficient géographique, il est notamment tenu compte des surcoûts immobiliers, salariaux et fiscaux constatés dans certaines zones géographiques, ainsi que des charges spécifiques aux départements insulaires et d'outre-mer liées à l'éloignement et à l'isolement, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations des établissements des zones concernées. Ces zones sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

## **Article R162-42-2**

Le suivi des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 est assuré par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dans les conditions prévues à l'article R. 162-41-4.

## **Article R162-42-3**

Dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-42, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation prise après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, le montant des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 et la part de ces dotations affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ses missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements. Lorsque le projet de décision des ministres est différent de la recommandation du conseil de l'hospitalisation, ce projet est soumis pour avis aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés.

## **Article R162-42-4**

Dans un délai de quinze jours suivant la publication des arrêtés mentionnés aux articles R. 162-42-1 et R. 162-42-3, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement, d'une part le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 et, d'autre part le montant annuel de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 dans le respect de sa dotation régionale.

Ces forfaits et dotations sont versés en douze allocations mensuelles.

Les décisions du directeur général de l'agence régionale de santé sont motivées.

## **Article R162-42-5**

En application des dispositions du dernier alinéa du II de l'article L. 162-22-10, les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 peuvent être modifiés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

### **Article R162-42-6**

Les tarifs de responsabilité mentionnés au IV de l'article L. 162-22-10 sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur recommandation du conseil de l'hospitalisation.

### **Article R162-42-7**

La liste des spécialités pharmaceutiques et les conditions de prise en charge des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur recommandation du conseil de l'hospitalisation.

## **Sous-section 3 : Contrôle de la facturation**

### **Article R162-42-8**

La commission de contrôle mentionnée à l'article L. 162-22-18 est composée de deux collèges :

- 1° Cinq représentants de l'agence régionale de santé, désignés par son directeur général ;
- 2° Cinq représentants des caisses locales d'assurance maladie et du service médical, désignés par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Les membres de la commission sont nommés pour cinq ans. Des suppléants en nombre égal à celui des titulaires sont désignés dans les mêmes conditions. Le remplacement d'un membre de la commission, en cas de cessation de fonctions au cours du mandat, s'effectue dans les mêmes conditions que sa nomination et pour la durée du mandat qui reste à courir.

Le président de la commission est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé parmi les représentants de l'agence. Il a voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

La commission ne peut donner son avis que si au moins trois membres de chacun des deux collèges sont présents.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations. Ils ne peuvent pas siéger lorsqu'ils ont un intérêt personnel ou direct à l'affaire qui est examinée.

### **Article R162-42-9**

La commission de contrôle propose au directeur général de l'agence régionale de santé le programme de contrôle régional annuel qu'elle élabore sur la base d'un projet préparé par l'unité de coordination régionale du contrôle externe placée auprès d'elle. Cette unité coordonne la réalisation des contrôles décidés par le directeur général de l'agence régionale de santé et rédige le bilan annuel d'exécution du programme de contrôle.

L'unité de coordination régionale du contrôle externe est composée, pour les deux tiers, de personnels des caisses d'assurance maladie désignés par la commission de contrôle sur proposition des membres mentionnés au 2° de l'article R. 162-42-8 et, pour un tiers, de personnels de l'agence régionale de santé. L'unité est composée en majorité de médecins et comprend notamment le médecin-conseil régional du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés, le médecin-conseil régional du régime social des indépendants et le médecin coordonnateur régional des régimes agricoles de protection sociale ou leurs représentants.

## **Article R162-42-10**

L'agence régionale de santé informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L. 162-22-18 par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Elle précise les activités, prestations ou ensembles de séjours ainsi que la période sur lesquels porte le contrôle, le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle et la date à laquelle il commence.

Le contrôle porte sur tout ou partie de l'activité de l'établissement et peut être réalisé sur la base d'un échantillon tiré au sort. Il recherche notamment les surfacturations et les sous-facturations.

L'établissement est tenu de fournir ou de tenir à disposition des personnes chargées du contrôle l'ensemble des documents qu'elles demandent. Les personnes chargées du contrôle exercent leur mission dans les conditions prévues à l'article R. 166-1.

A l'issue du contrôle, le médecin chargé de l'organisation du contrôle communique à l'établissement de santé, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, un rapport qu'il date et signe mentionnant la période, l'objet, la durée et les résultats du contrôle et, le cas échéant, la méconnaissance par l'établissement de santé des obligations définies à l'alinéa précédent.

A compter de la réception de ce rapport, l'établissement dispose d'un délai de trente jours pour faire connaître, le cas échéant, ses observations. A l'expiration de ce délai, le médecin chargé de l'organisation du contrôle transmet à l'unité de coordination le rapport de contrôle accompagné, s'il y a lieu, de la réponse de l'établissement.

Au vu de ces éléments, l'unité de coordination peut consulter tout expert qu'elle juge nécessaire d'entendre.

### **Article R162-42-11**

Lorsque le rapport fait apparaître des manquements aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, des erreurs de codage ou l'absence de réalisation d'une prestation facturée, à l'origine de sommes indûment perçues, l'unité de coordination transmet, par tout moyen permettant de rapporter sa date de réception, le rapport de contrôle aux caisses qui ont supporté l'indu et leur demande la date, la cause, la nature et le montant de chacune des sommes dues et des sommes payées au titre des factures contrôlées. Simultanément, l'unité de coordination procède de même pour les sommes dues par les caisses au titre des sous-facturations constatées sur l'échantillon. Les caisses transmettent ces informations à l'unité de coordination dans un délai de deux mois à compter de sa demande.

La caisse mentionnée aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1 fait connaître à l'unité de coordination, dans un délai de deux mois à compter de sa demande, le montant des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement au titre de l'année civile antérieure au contrôle et, si le contrôle porte sur des activités, des prestations en particulier ou des ensembles de séjours présentant des caractéristiques communes, les recettes annuelles d'assurance maladie au titre de l'année civile antérieure au contrôle afférentes à ceux-ci.

Sur la base de ces éléments, l'unité de coordination adresse à la commission de contrôle et au directeur général de l'agence régionale de santé le rapport mentionné à l'article R. 162-42-10, le cas échéant les observations de l'établissement, le montant maximum de la sanction encourue, déterminé conformément à l'article R. 162-42-12 et un avis sur les observations présentées par l'établissement.

### **Article R162-42-12**

Le montant de la sanction résultant du contrôle est déterminé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis de la commission de contrôle.

Le directeur général de l'agence régionale de santé calcule le taux d'anomalies défini comme le quotient, d'une part, des sommes indûment perçues par l'établissement, déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous-facturations constatées sur l'échantillon, et, d'autre part, des sommes dues par l'assurance maladie au titre de la totalité des facturations de l'échantillon.

La sanction est fixée en fonction de la gravité des manquements constatés et de leur caractère réitéré, à un montant au maximum égal au montant des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes aux activités, prestations ou ensembles de séjours ayant fait l'objet du contrôle multiplié par le taux d'anomalies.

Le montant de la sanction ne peut excéder dix fois le montant des sommes indûment perçues par

l'établissement, déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous-facturations constatées sur l'échantillon. Le montant de la sanction est inférieur à la limite de 5 % de la totalité des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement au titre de l'année civile antérieure au contrôle.

Ne sont pas prises en compte dans les recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement les sommes versées en application de l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale.

### **Article R162-42-13**

I.-Le directeur général de l'agence régionale de santé adresse à l'établissement en cause, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, une notification comportant la date, la nature, la cause et le montant des manquements constatés, le montant de la sanction maximale encourue, en indiquant à l'établissement qu'il dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception pour demander à être entendu, s'il le souhaite, ou présenter ses observations écrites.

A l'issue du délai d'un mois à compter de ladite notification ou après audition de l'établissement en cause, lorsque celle-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, si le directeur général de l'agence régionale de santé décide de poursuivre la procédure, il saisit la commission de contrôle dans un délai d'un mois et lui communique les observations présentées, le cas échéant, par l'établissement.

II.-Après que le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant a présenté ses observations, et après avoir entendu, le cas échéant, l'établissement en cause dans le délai imparti, la commission de contrôle rend un avis motivé, portant notamment sur la gravité des manquements constatés, ainsi que sur le montant de la sanction envisagée. Elle adresse son avis au directeur général de l'agence régionale de santé ainsi qu'à l'établissement dans un délai de deux mois à compter de sa saisine. Si la commission ne s'est pas prononcée au terme de ce délai, l'avis est réputé rendu.

III.-A compter de la réception de l'avis de la commission ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce la sanction, la notifie à l'établissement dans un délai d'un mois par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception en indiquant à l'établissement la date, la nature, la cause et le montant des manquements constatés, le délai et les modalités de paiement des sommes en cause, les voies et délais de recours, ainsi que, le cas échéant, les raisons pour lesquelles il n'a pas suivi l'avis de la commission de contrôle. Il adresse une copie de cette notification à la commission de contrôle et à la caisse mentionnée aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1. Cette caisse recouvre le montant des sommes en cause.

Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé décide de ne pas prononcer de sanction alors que la commission de contrôle y était favorable, il notifie sa décision à l'établissement dans un délai d'un mois et communique les motifs de son abstention à la commission de contrôle dans le même délai.

A défaut du respect par le directeur général de l'agence régionale de santé du délai d'un mois

mentionné aux deux alinéas précédents, la procédure est réputée abandonnée.

IV.-Lorsqu'une décision juridictionnelle exécutoire aboutit à un montant d'indu inférieur à celui notifié initialement à l'établissement et que la sanction prenant en compte l'indu contesté a déjà été notifiée, le directeur général de l'agence régionale de santé procède au réexamen du montant de la sanction en fonction du montant d'indu résultant de la décision juridictionnelle.

## **Article R162-42-14**

Lorsque l'établissement fait obstacle à la préparation ou à la réalisation du contrôle prévu à l'article L. 162-22-18 et exercé dans les conditions fixées à l'article R. 162-42-10, l'unité de coordination en informe le directeur général de l'agence régionale de santé, qui adresse à l'établissement, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, une mise en demeure de mettre fin à cet obstacle ou de prendre les mesures qui s'imposent dans un délai de quinze jours et en informe la commission de contrôle. Si, à l'issue de ce délai, l'établissement n'a pas déféré à la mise en demeure, la sanction mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 162-22-18 peut lui être infligée, dans les conditions fixées à l'article R. 162-42-13.

## **Sous-section 4 : Régulation des dépenses de médicaments et de certains produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville**

### **Article R162-43**

Le taux prévisionnel d'évolution mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-30-2 est fixé, pour chaque année, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris sur recommandation du conseil de l'hospitalisation et publié au plus tard le 31 décembre de l'année précédente.

### **Article R162-43-1**

L'agence régionale de santé, en lien avec la caisse mentionnée aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1, assure le suivi des dépenses mentionnées à l'article L. 162-30-2 résultant des prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein de chaque établissement de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.

Si l'évolution des dépenses résultant des prescriptions dans un établissement fait apparaître, en cours d'année, un risque sérieux de dépassement du taux prévisionnel d'évolution, l'agence régionale de santé en avertit l'établissement et recherche, avec lui, par quelles mesures immédiates d'amélioration des pratiques de prescription la progression des dépenses peut être contenue.

L'agence régionale de santé établit chaque année conjointement avec la caisse mentionnée au premier alinéa, pour chaque établissement, le bilan des prescriptions dont résultent des dépenses mentionnées à l'article L. 162-30-2 remboursées sur l'enveloppe de soins de ville et le lui

communiqué avant le 1er avril de l'année suivant l'exercice concerné.

## **Article R162-43-2**

Si le bilan des prescriptions établi conjointement par l'agence régionale de santé et la caisse mentionnée à l'article R. 162-43-1 fait apparaître que la progression annuelle des dépenses est supérieure au taux prévisionnel et que le dépassement n'est pas justifié au regard de l'activité de l'établissement et des caractéristiques sanitaires de ses patients, le directeur général de l'agence régionale de santé peut proposer à l'établissement de santé de conclure avec l'agence et la caisse, pour une durée de trois ans, un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-30-2.

En ce cas, après avis de la caisse, il soumet à l'établissement, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, une proposition de contrat. Si l'établissement n'a pas conclu de contrat un mois après la réception de la proposition, le directeur général de l'agence régionale de santé lui adresse, dans les mêmes formes, une notification mentionnant la pénalité qu'il encourt et l'informant qu'il dispose d'un nouveau délai d'un mois à compter de la réception pour conclure le contrat ou, s'il le refuse, pour demander à être entendu ou présenter ses observations écrites.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'établissement de verser, à la caisse mentionnée à l'article R. 162-43-1, une fraction des dépenses de médicaments, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-30-2 résultant pendant l'année écoulée des prescriptions des médecins qui y exercent et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, qui ne peut excéder 10 %. Cette fraction est déterminée en fonction de l'ampleur du dépassement du taux prévisionnel d'évolution et compte tenu de l'activité de l'établissement et des caractéristiques sanitaires de ses patients.

Le délai au terme duquel la sanction peut être prononcée est prolongé jusqu'à l'audition de l'établissement si elle a été demandée avant l'expiration de ce délai.

Quand, compte tenu des explications de l'établissement relatives notamment à son activité et aux caractéristiques sanitaires de ses patients, le directeur général de l'agence régionale de santé décide de ne pas prononcer de pénalité, il en informe celui-ci sans délai.

La décision enjoignant le versement mentionne le délai d'un mois à compter de sa notification pour s'acquitter de la somme. Le directeur général de l'agence régionale de santé informe simultanément de cette décision la caisse mentionnée à l'article R. 162-43-1, chargée du recouvrement.

## **Article R162-43-3**

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-30-2, établi conformément à un contrat type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique, comporte notamment :

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses faisant l'objet du contrat. Cet objectif est fixé par les signataires de chaque contrat lors de sa conclusion et actualisé par un avenant annuel proposé et approuvé dans les mêmes formes que le contrat. L'absence d'approbation de l'avenant expose l'établissement aux mêmes pénalités que l'absence de conclusion du contrat. L'objectif annuel est déterminé de manière à rapprocher progressivement l'évolution des dépenses du taux mentionné à l'article R. 162-43, en tenant compte de l'évolution passée des prescriptions de l'établissement, de son activité, des caractéristiques sanitaires de ses patients et des conditions locales de la coordination des soins ;

2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières au titre duquel le contrat peut prévoir des

actions de sensibilisation des prescripteurs, la diffusion de règles, de référentiels et de procédures de prescription et des mesures relatives au respect de l'obligation de mentionner sur chaque ordonnance le numéro du prescripteur au répertoire partagé des professionnels de santé.

#### **Article R162-43-4**

Au terme de chaque année d'application du contrat, l'agence régionale de santé, conjointement avec la caisse mentionnée à l'article R. 162-43-1, procède à une évaluation.

Si cette évaluation fait apparaître que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses faisant l'objet du contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé lui adresse, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, une notification mentionnant la pénalité qu'il encourt et l'informant qu'il dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception pour demander à être entendu ou présenter ses observations écrites.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'établissement de verser, à la caisse mentionnée à l'article R. 162-43-1, une fraction des dépenses de médicaments, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-30-2 résultant pendant l'année écoulée des prescriptions des médecins qui y exercent et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, dans la limite du dépassement de l'objectif. Cette fraction est déterminée en fonction de la nature et de l'importance des manquements de l'établissement à ses engagements figurant au contrat.

Le délai au terme duquel la sanction peut être prononcée est prolongé jusqu'à l'audition de l'établissement si elle a été demandée avant l'expiration de ce délai.

Quand, compte tenu des explications de l'établissement, le directeur général de l'agence régionale de santé décide de ne pas prononcer de pénalité, il en informe celui-ci sans délai.

La décision enjoignant le versement mentionne le délai d'un mois à compter de sa notification pour s'acquitter de la somme. Le directeur général de l'agence régionale de santé informe simultanément de cette décision la caisse mentionnée à l'article R. 162-43-1, chargée du recouvrement.

#### **Article R162-43-5**

Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé, conjointement avec la caisse mentionnée à l'article R. 162-43-1, constate que des économies ont été réalisées par rapport aux objectifs fixés au contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-30-2, il peut enjoindre à cette même caisse de verser à l'établissement de santé une fraction de ces économies, dans la limite de 30 % de leur montant. Dans ce cas, il en informe simultanément l'établissement.

### **Section 6 : Actions expérimentales**

#### **Sous-section 1 : Actions expérimentales définies à l'article L. 162-31**

##### **Article R162-46**

L'agrément mentionné à l'article L. 162-31 est accordé par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de la santé pour une durée limitée renouvelable. Le silence gardé pendant plus de six mois sur la demande d'agrément vaut décision de rejet.



Cet agrément peut être retiré par les ministres précités avant l'échéance fixée, soit au vu des résultats de l'évaluation et suivant la procédure définie à l'article R. 162-50, soit si les conditions que prévoit l'agrément cessent d'être remplies.

### **Article R162-47**

Les demandes d'agrément des actions expérimentales, qu'elles soient essentiellement médicales ou qu'elles associent soins, prévention, éducation sanitaire ou aide d'ordre social, précisent les objectifs de l'expérimentation, ses formes d'intervention, les moyens d'évaluation de ses résultats, les charges prévisionnelles ainsi que les modalités prévues pour leur financement.

Le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de l'agriculture recueillent sur ces demandes les avis, soit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la caisse centrale de secours mutuels agricoles, soit de l'une ou de deux seulement d'entre elles en fonction du champ d'application des actions expérimentales envisagées.

### **Article R162-48**

La convention mentionnée à l'article L. 162-31 concernant la couverture forfaitaire des dépenses de soins afférentes aux actions expérimentales est conclue entre la personne physique ou morale titulaire de l'agrément et la caisse primaire d'assurance maladie, la caisse de base du régime social des indépendants et la caisse de mutualité sociale agricole. Cette convention peut n'être signée que par une ou deux de ces caisses seulement si l'action expérimentale agréée est limitée aux seuls ressortissants de ces organismes.

Elle est prévue pour la durée fixée par l'agrément mentionné à l'article R. 162-46 et définit les obligations respectives des parties, notamment le montant prévisionnel des soins dispensés dans le cadre de l'action expérimentale, les modalités de règlement des dépenses correspondantes et la répartition des charges entre les parties signataires dans les conditions définies à l'article R. 162-49.

La dotation couvrant les dépenses de soins est fixée pour l'année civile sauf pour la première année de mise en œuvre d'une expérience débutant en cours d'exercice. Les dotations suivantes font l'objet d'avenants.

La convention, ainsi que ses avenants, entrent en vigueur après approbation par le directeur général de l'agence régionale de santé de la région où se déroule l'action expérimentale.

### **Article R162-49**

Les dépenses forfaitaires de soins supportées par les caisses signataires de la convention sont réparties entre elles au prorata du nombre d'assurés et ayants droit relevant de chacune d'elles et

ayant bénéficié de l'action expérimentale.

## **Article R162-50**

Il est procédé une fois par an à l'évaluation des résultats des actions expérimentales, de leur coût et de leurs modalités de réalisation.

Un rapport annuel d'activité est établi par la personne physique ou morale titulaire de l'agrément et remis, avant le 1er octobre, directeur général de l'agence régionale de santé de la région où se déroule l'action expérimentale. Ce dernier le transmet au président du conseil général, ainsi qu'aux maires des communes du lieu de l'expérience pour être soumis au conseil général et aux conseils municipaux intéressés, aux organismes d'assurance maladie signataires de la convention et aux syndicats représentatifs sur le plan local des professions de santé associés aux expériences qui lui font connaître leurs observations éventuelles dans le délai de deux mois suivant la réception du rapport. Ce rapport est également adressé au directeur régional des affaires sanitaires et sociales compétent.

Le rapport d'activité accompagné des observations mentionnées à l'alinéa précédent est adressé par le directeur général de l'agence régionale de santé au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'agriculture qui consultent soit la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la caisse centrale de secours mutuels agricoles, soit l'une ou deux seulement d'entre elles, en fonction du champ d'application de l'action agréée.

## **Section 7 : Tarification des soins et agrément des appareils.**

### **Article R162-51**

Les établissements de santé peuvent organiser des consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26 pour permettre aux malades, blessés et femmes enceintes en état de se déplacer soit de venir recevoir des soins, soit de faire établir le diagnostic d'une affection et prescrire le traitement approprié.

Les tarifs des actes et consultations mentionnés au premier alinéa sont ceux déterminés en application de la présente section et des articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1. Les majorations de tarifs prévues en application de ces articles sont applicables aux consultations et actes dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

### **Article R162-52**

I.-Les tarifs fixés en application des conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 sont

déterminés d'après une liste des actes et prestations établie dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-7.

Cette liste peut comporter des majorations pour les actes accomplis dans des circonstances spéciales ou par certaines catégories de praticiens, en raison de leurs titres, de leur valeur scientifique, de leurs travaux ou de leur spécialisation. Elle détermine, en pareil cas, les conditions d'application de ces majorations.

La liste peut également comporter des prescriptions de nature à faciliter le contrôle médical de certains actes.

Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent I, préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par un organisme de sécurité sociale, le silence gardé pendant plus de quinze jours par cet organisme sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation.

II.-Avant de procéder aux consultations rendues obligatoires par le troisième alinéa de l'article L. 162-1-7, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie informe de son intention d'inscrire un acte ou une prestation, d'en modifier les conditions d'inscription ou de procéder à sa radiation les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, l'Union nationale des professionnels de santé, les organisations représentatives des professionnels de santé autorisés à pratiquer l'acte ou la prestation et les organisations représentatives des établissements de santé.

Les avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire sont rendus au plus tard à la fin du sixième mois qui suit la date à laquelle elles sont saisies par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. A titre exceptionnel, lorsque des travaux supplémentaires sont nécessaires, la Haute Autorité de santé peut rajouter à ce délai un délai supplémentaire qui ne peut excéder six mois. Passé ces délais, les avis sont réputés rendus.

Lorsque l'acte ou la prestation est nécessaire à l'utilisation d'un produit inscrit à la liste prévue à l'article L. 165-1 pour lequel l'amélioration du service attendu ou rendu est majeure ou importante, au sens des articles R. 165-11 et R. 165-11-1, l'avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire est rendu au plus tard vingt et un jours à compter de la date à laquelle elle a été saisie par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Passé ce délai, l'avis est réputé rendu.

Ces avis sont adressés aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ainsi qu'aux autres personnes morales mentionnées au premier alinéa du présent II.

III.-La décision d'inscription d'un acte ou d'une prestation mentionne les indications thérapeutiques ou diagnostiques tenant compte notamment de l'état du patient ainsi que les conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie définit le tarif de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles de hiérarchisation établies par les commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7. Lorsque l'acte ou la prestation constitue une alternative à des traitements thérapeutiques déjà inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie évalue l'opportunité de l'inscription de l'acte ou de la prestation et définit, le cas échéant, son tarif au regard des coûts de mise en oeuvre comparés de ces différents traitements.

La décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sur les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription ou leur radiation, accompagnée des avis mentionnés au II ci-dessus et d'une estimation chiffrée de son impact financier, est transmise aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les ministres compétents peuvent s'opposer à la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans un délai de quarante-cinq jours. Ce délai est ramené à quinze jours, lorsque l'acte ou la prestation est nécessaire à l'utilisation d'un produit inscrit à la liste prévue à l'article L. 165-1 pour lequel l'amélioration du service attendu ou rendu est majeure ou importante, au sens des articles R. 165-11 et R. 165-11-1. Passés ces délais, la décision est réputée approuvée.

L'opposition des ministres compétents est motivée et notifiée à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres en informent la Haute Autorité de santé et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, ainsi que les autres personnes morales mentionnées au premier alinéa du II ci-dessus.

## **Article R162-52-1**

I. - Les actes ou prestations sont inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 au vu de l'avis de la Haute Autorité mentionné à l'article au a du 1° de l'article R. 161-71.

Le service attendu d'un acte ou d'une prestation est évalué dans chacune de ses indications diagnostiques ou thérapeutiques et, le cas échéant, par groupe de population, en fonction des deux critères suivants :

1° L'intérêt diagnostique ou thérapeutique de cet acte ou prestation en fonction, notamment, de sa sécurité, de son niveau d'efficacité et des effets indésirables ou risques liés à sa pratique, d'une part, de sa place dans la stratégie de prise en charge des pathologies concernées, d'autre part ;

2° Son intérêt de santé publique attendu dont, notamment, son impact sur la santé de la population en termes de mortalité, de morbidité et de qualité de vie, sa capacité à répondre à un besoin thérapeutique non couvert, eu égard à la gravité de la pathologie, son impact sur le système de soins et son impact sur les politiques et programmes de santé publique.

L'avis précise :

a) Les indications pour lesquelles le service attendu a été apprécié et celles pour lesquelles la Haute Autorité estime fondée l'inscription, en distinguant, le cas échéant, les groupes de population concernés ;

b) La description de la place de l'acte ou de la prestation dans la stratégie thérapeutique ;

c) L'appréciation de l'amélioration du service attendu par rapport aux traitements thérapeutiques alternatifs de référence selon les données actuelles de la science, notamment au regard de l'efficacité comparée de ces traitements. L'amélioration du service attendu est évaluée dans chacune des indications, le cas échéant par groupe de population ;

d) L'estimation du nombre de patients relevant des indications thérapeutiques pour lesquelles la Haute Autorité estime fondée l'inscription, ainsi que l'estimation du nombre de patients relevant de chaque groupe de population identifié pour l'appréciation du service attendu et de l'amélioration du

service attendu, selon les données épidémiologiques disponibles ;

e) L'appréciation sur les modalités de mise en oeuvre de l'acte ou de la prestation et les autres informations utiles à un bon usage de l'acte ou de la prestation ; ces modalités sont précisées à l'égard de chacune des indications diagnostiques ou thérapeutiques proposées ;

f) L'appréciation du caractère préventif, curatif ou symptomatique de l'acte ou de la prestation ;

g) L'appréciation du caractère de gravité de la ou des pathologies correspondant aux indications dont le remboursement est proposé ;

h) L'énoncé des exigences de qualité et de sécurité des soins lorsque l'inscription de l'acte ou de la prestation au remboursement nécessite d'être assortie de conditions relatives à l'état de la personne ou concernant la qualification, la compétence ou l'expérience des professionnels concernés, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins ou la mise en place d'un dispositif de suivi des patients traités ;

i) Le cas échéant, les objectifs des études nécessaires à l'évaluation du service rendu, dont notamment les études de suivi en population générale des effets de la pratique de l'acte ou de la prestation dans les conditions réelles de mise en oeuvre et les recueils d'information nécessaires à cet effet.

Cet avis préconise, le cas échéant, de soumettre la réalisation de l'acte ou de la prestation à l'accord préalable du service médical en application des dispositions prévues par l'article L. 315-2.

II. - Pour la première inscription sur la liste d'un acte ou d'une prestation précédemment inscrit à la nomenclature générale des actes professionnels ou régulièrement assimilé à celle-ci, la Haute Autorité de santé peut, à l'occasion de la première attribution à chacun d'entre eux de leur numéro de code prévu par l'article L. 161-29, ne pas mentionner dans l'avis qu'elle rend les différents éléments mentionnés aux alinéas six à quatorze du I ci-dessus. En ce cas, elle précise dans cet avis le programme d'évaluation complémentaire du service attendu de ces actes et prestations.

## **Article R162-52-2**

Lorsqu'une menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence remet en cause le fonctionnement ordinaire du système de soins, et notamment le paiement direct de l'acte aux professionnels de santé libéraux, le ministre chargé de la santé ou le représentant de l'Etat territorialement compétent, habilité conformément aux dispositions de l'article L. 3131-1 du code de la santé publique à prendre les mesures d'urgence, arrête les modalités particulières de rémunération des professionnels de santé libéraux exerçant dans le cadre de ces mesures d'urgence.

Cet arrêté détermine la durée, les catégories de professionnels concernés, et éventuellement les spécialités, ainsi que la zone dans laquelle ces modalités particulières de rémunération sont mises en oeuvre.

La rémunération est versée directement au professionnel concerné par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle le professionnel exerce, pour le compte de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie.

La répartition de la charge de ces rémunérations entre les différents régimes est faite selon la clef de répartition fixée annuellement en application de l'article R. 174-1-4.

Chacun des régimes concernés rembourse à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés la fraction dont il est redevable, au plus tard le 31 décembre de l'année suivant la mise en oeuvre du premier alinéa du présent article.

La rémunération du professionnel concerné est calculée en fonction de sa rémunération moyenne mensuelle, constatée l'année précédente ou, le cas échéant, proratisée sur la période d'activité lorsqu'il n'a pas exercé sur l'ensemble de l'année. Elle peut être majorée pour tenir compte de la suractivité durant la période.

Cette rémunération est soumise aux dispositions du II de l'article 5 de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.

### **Article R162-53**

Les praticiens et établissements utilisant à des fins thérapeutiques ou de diagnostic des appareils générateurs de rayonnements ionisants ou comportant l'emploi de radionucléides ou de produits ou dispositifs en contenant ne peuvent procéder à des examens ou dispenser des soins aux assurés sociaux que si les appareils et installations ont fait préalablement l'objet de la déclaration ou de l'autorisation mentionnée aux articles R. 1333-19 et R. 1333-23 du code de la santé publique.

Seuls peuvent être remboursés ou pris en charge les examens radiologiques et les traitements de radiothérapie exécutés au moyen d'appareils et d'installations déclarés ou autorisés dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

## **Section 8 : Procédure conventionnelle.**

### **Article R162-54**

L'enquête permettant de déterminer la représentativité prévue à l'article L. 162-33 est provoquée entre le neuvième et le sixième mois précédant l'échéance conventionnelle.

### **Article R162-54-1**

La représentativité des organisations syndicales habilitées à participer aux négociations conventionnelles est déterminée d'après les critères cumulatifs suivants :

1° L'indépendance, notamment financière. Ces organisations sont soumises aux obligations du code du travail relatives à la certification et à la publicité des comptes des organisations syndicales et professionnelles ;

2° Les effectifs d'adhérents à jour de leur cotisation ;

3° Une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts. Toutefois un syndicat constitué à partir de la fusion de plusieurs syndicats dont l'un d'entre eux remplit cette condition d'ancienneté est réputé la remplir ;

4° L'audience, établie en fonction des résultats aux dernières élections aux unions régionales des professionnels de santé lorsque les membres qui les composent sont élus conformément à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, ou appréciée en fonction de l'activité et de l'expérience lorsque les membres qui les composent ne sont pas élus.

### **Article R162-54-2**

Pour les professions de santé dont les représentants dans les unions régionales sont élus, seules peuvent être reconnues représentatives les organisations syndicales qui ont recueilli au moins 10 % des suffrages exprimés au niveau national aux élections à ces unions.

Pour les organisations syndicales représentant les médecins généralistes, ce seuil est apprécié à partir des résultats du collège des médecins généralistes.

Pour les organisations syndicales représentant les médecins spécialistes, ce seuil est apprécié à partir des résultats agrégés des collèges mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 4031-2 du code de la santé publique.

### **Article R162-54-3**

Pour les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, la représentativité des organisations habilitées à participer à la négociation de l'accord national prévu à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est déterminée d'après les critères cumulatifs suivants :

1° L'indépendance, notamment financière ;

2° Le nombre de centres de santé qu'elles regroupent ou qu'elles gèrent ;

3° Une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts ;

4° L'audience appréciée en fonction de l'activité et de l'expérience.

## **Article R162-54-4**

Les conventions, l'accord-cadre et les accords conventionnels interprofessionnels, leurs annexes et avenants, mentionnés à l'article L. 162-15, sont transmis, dès leur signature, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à toutes les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés qui disposent d'un délai d'un mois pour faire connaître, par courrier recommandé avec demande d'avis de réception adressé à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, leur éventuelle opposition. Si cette opposition remplit les conditions fixées à l'article L. 162-15, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en informe l'ensemble des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés et, lorsqu'il s'agit d'une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1, saisit l'arbitre désigné conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-7.

## **Article R162-54-5**

Les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé font connaître leur éventuelle opposition à la reconduction d'une convention, de l'accord-cadre ou d'un accord conventionnel interprofessionnel, prévue à l'article L. 162-15-2, au plus tard six mois avant leur date d'expiration, par courrier recommandé avec demande d'avis de réception adressé à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, qui en informe les autres organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés et, en cas d'opposition à la reconduction de l'accord-cadre, l'Union nationale des professionnels de santé. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie fait connaître, dans le même délai, son éventuelle opposition, par courrier recommandé avec demande d'avis de réception adressé aux organisations syndicales représentatives des professions de santé concernées et, en cas d'opposition à la reconduction de l'accord-cadre, à l'Union nationale des professionnels de santé. L'Union nationale des professionnels de santé fait connaître, dans le même délai, son opposition à la reconduction de l'accord-cadre, par courrier recommandé avec demande d'avis de réception adressé à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui en informe les organisations syndicales représentatives des professions de santé. Dans tous les cas, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle ouvre sans délai des négociations en vue de la conclusion d'une nouvelle convention, d'un nouvel accord-cadre ou d'un nouvel accord conventionnel interprofessionnel.

A défaut de signature d'une nouvelle convention un mois avant l'échéance de la convention précédente, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie constate la rupture des négociations et saisit l'arbitre désigné conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-7. Il en est de même en cas d'opposition à la nouvelle convention.

## **Article R162-54-6**

Sous réserve des dispositions du second alinéa de l'article R. 162-54-5, la rupture de la négociation d'une nouvelle convention est constatée soit par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, soit par l'ensemble des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés.



## **Article R162-54-7**

A la date d'ouverture de la négociation d'une nouvelle convention, fixée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la procédure de désignation d'un arbitre est engagée conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-2. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie informe par courrier recommandé avec demande d'avis de réception les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale du nom de l'arbitre désigné. En cas d'opposition à cette désignation, manifestée dans un délai de trois jours à compter de la réception de ce courrier et répondant aux conditions fixées à l'article L. 162-15 ou à défaut de désignation d'un arbitre dans un délai de dix jours courant de la date d'ouverture de la négociation, le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie désigne l'arbitre dans un délai de huit jours et notifie le nom de l'arbitre aux partenaires conventionnels ainsi qu'aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

## **Article R162-54-8**

L'arbitre dispose d'un délai de trois mois à compter de sa saisine pour transmettre un projet de règlement arbitral aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il auditionne les représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés et, lorsqu'elle a été associée à la négociation de la convention, de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Les caisses nationales d'assurance maladie mettent à la disposition de l'arbitre les moyens nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

## **Article R162-54-9**

L'assurance maladie met à disposition des professionnels de santé concernés, sur son site internet, tout accord-cadre, accord conventionnel interprofessionnel, convention, règlement arbitral, avenant et annexe et les accords de bon usage des soins, dans un délai d'un mois suivant leur publication.

Les professionnels de santé non adhérents à l'un des accords, conventions ou règlement, qu'ils s'installent pour la première fois en exercice libéral ou qu'ils aient déjà exercé en libéral, qui souhaitent devenir adhérents en font la demande par courrier adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité. Cette adhésion est réputée acquise, sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant, en cas de changement d'accord, de convention ou de règlement arbitral.

Les professionnels de santé qui souhaitent être placés en dehors d'un de ces accords, conventions ou règlement le font connaître par courrier adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité.

## **Section 9 : Dispositions relatives aux centres de planification ou d'éducation familiale**

## **Article R162-55**

Les dépenses afférentes aux examens de biologie médicale ainsi que les dépenses afférentes aux frais pharmaceutiques exposés à l'occasion du dépistage et du traitement de maladies sexuellement transmissibles effectués dans les centres de planification familiale, conformément à l'article 8 du décret n° 92-784 du 6 août 1992, sont déterminées par application des frais et tarifs servant de base à leur remboursement par les organismes d'assurance maladie tels qu'ils résultent des articles L. 162-14-1 (2°), L. 162-14-4 (2°), L. 162-17, L. 162-18 et L. 162-38.

## **Article R162-56**

Sous réserve des dispositions de l'article R. 162-57, les dépenses définies à l'article R. 162-55 sont à la charge des consultants dans les conditions prévues par les articles L. 322-2, L. 322-3.

## **Article R162-57**

Pour les mineurs qui en font la demande et les personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime, les organismes d'assurance maladie prennent en charge les dépenses d'examens de biologie médicale, ainsi que les frais pharmaceutiques afférents au dépistage et au traitement de maladies transmises par la voie sexuelle et déterminés selon les modalités fixées à l'article R. 162-55.

Aucune demande de paiement ne peut être présentée aux intéressés.

## **Article R162-58**

Pour l'application de l'article R. 162-57, la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle se trouvent les centres concernés est chargée du règlement des factures pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

La caisse procède chaque trimestre au règlement des paiements sur la base des états justificatifs des prestations effectuées au cours de la période considérée.

La répartition entre les régimes des dépenses prises en charge par l'assurance maladie en application de l'article R. 162-57 est effectuée chaque année suivant la répartition nationale des dotations globales hospitalières pour l'année considérée. Lorsque le centre concerné relève d'un établissement de santé, la part des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie est déterminée conformément aux dispositions du décret n° 83-744 du 11 août 1983.

Les modalités de versement de la contribution de l'assurance maladie peuvent être fixées par voie de convention entre le centre et les organismes de sécurité sociale intéressés.

## **Section 10 : Organisation des soins**

### **Chapitre 3 : Médicaments remboursables et médicaments agréés pour les collectivités**

#### **Section 1 : Prise en charge par les organismes de sécurité sociale - Liste des médicaments remboursables - Liste des médicaments agréés.**

##### **Article R163-1**

I. - Les préparations magistrales et les préparations officinales, mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, délivrées sur prescription médicale, sont prises en charge par l'assurance maladie conformément aux articles R. 322-1 et R. 322-1-2, sauf lorsque ces préparations :

- soit ne poursuivent pas à titre principal un but thérapeutique, alors même qu'elles sont réalisées dans les conditions prévues aux 1° et 3° de l'article L. 5121-1 ;

- soit ne constituent qu'une alternative à l'utilisation d'une spécialité pharmaceutique, allopathique ou homéopathique disponible ;

- soit sont susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie, faute de présenter un intérêt de santé publique suffisant en raison d'une efficacité mal établie, d'une place mineure dans la stratégie thérapeutique ou d'une absence de caractère habituel de gravité des affections auxquelles elles sont destinées ;

- soit contiennent des matières premières ne répondant pas aux spécifications de la pharmacopée.

II. - Sont notamment exclues les catégories de préparations magistrales et de préparations officinales fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale répondant à au moins l'un des critères d'exclusion du remboursement mentionnés au I du présent article.

III. - La prise en charge des préparations magistrales et des préparations officinales par l'assurance maladie est subordonnée à l'apposition par le médecin sur l'ordonnance de la mention manuscrite : "prescription à but thérapeutique en l'absence de spécialités équivalentes disponibles".

## **Article R163-1-1**

Le coût des produits composés commercialisés auprès du public à des fins autres que thérapeutiques et qui entrent à titre d'excipient dans une préparation prescrite à des fins thérapeutiques n'est pas pris en charge par l'assurance maladie.

## **Article R163-2**

Les médicaments auxquels s'applique l'article L. 5121-8 du code de la santé publique, ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle, ainsi que ceux visés au premier alinéa de l'article 17 de la loi n° 92-1477 du 31 décembre 1992, ne peuvent être remboursés ou pris en charge par les organismes de sécurité sociale, sur prescription médicale, à l'exception des vaccins ou des topiques mentionnés respectivement aux articles R. 4311-5-1 et R. 4322-1 du code de la santé publique, ni être achetés ou fournis ou utilisés par eux que s'ils figurent sur une liste des médicaments remboursables établie par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale. L'arrêté mentionne les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

Lorsqu'a été notifiée, dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article R. 5143-8 du code de la santé publique, la décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé identifiant un médicament comme spécialité générique, l'arrêté d'inscription de ce médicament sur les listes prévues respectivement au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique mentionne sa dénomination suivie, s'il s'agit d'un nom de fantaisie, du suffixe prévu à l'article L. 162-17-1. Dans ce dernier cas, la dénomination est complétée par ce suffixe dans l'étiquetage et la notice définis à l'article R. 5000 du code de la santé publique, dans le résumé des caractéristiques du produit prévu à l'article R. 5128-2 du même code, ainsi que dans toute publicité au sens de l'article L. 551 dudit code.

L'inscription sur la liste peut être assortie, pour certains médicaments particulièrement coûteux et d'indications précises, d'une clause prévoyant qu'ils ne sont remboursés ou pris en charge qu'après information du contrôle médical, selon une procédure fixée par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Dans ce cas, est annexée à l'arrêté d'inscription du médicament sur la liste une fiche d'information thérapeutique établie par la commission mentionnée à l'article R. 163-15. Cette fiche rappelle, d'une part, les indications thérapeutiques mentionnées au premier alinéa ci-dessus, d'autre part, les modalités d'utilisation du médicament résultant de ses caractéristiques approuvées par l'autorisation de mise sur le marché et concernant notamment la posologie et la durée de traitement dans les indications ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement. La fiche rappelle également, le cas échéant, les restrictions apportées par l'autorisation de mise sur le marché à la prescription et à la délivrance du médicament.

L'inscription sur la liste prévue au premier alinéa peut, pour certains médicaments susceptibles d'être utilisés à des fins non thérapeutiques, être assortie d'une clause précisant qu'ils ne sont remboursés ou pris en charge par les caisses et organismes d'assurance maladie que si leur emploi est prescrit en vue du traitement d'un état pathologique.

Sous réserve des dispositions prévues au III de l'article R. 163-6, l'inscription sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 est prononcée pour une durée de cinq ans.

## **Article R163-3**

I. - Les médicaments sont inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 au vu de l'appréciation du service médical rendu qu'ils apportent indication par indication. Cette appréciation prend en compte l'efficacité et les effets indésirables du médicament, sa place dans la stratégie thérapeutique, notamment au regard des autres thérapies disponibles, la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, le caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux et son intérêt pour la santé publique. Les médicaments dont le service médical rendu est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles ne sont pas inscrits sur la liste.

II. - Les spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique appartenant aux mêmes groupes génériques que des spécialités de référence inscrites sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 sont présumées remplir la condition mentionnée au I du présent article.

III. - Les spécialités bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle sont considérées comme remplissant la même condition de service médical rendu que la spécialité correspondante disposant d'une autorisation de mise sur le marché en France.

## **Article R163-4**

L'inscription et le renouvellement de l'inscription des médicaments sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, ainsi que la modification des conditions d'inscription, sont prononcés après avis de la commission mentionnée à l'article R. 163-15, à l'exception des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, lorsque les spécialités de référence appartenant aux mêmes groupes génériques figurent sur ladite liste, et à l'exception des spécialités bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle lorsque la spécialité correspondante disposant d'une autorisation de mise sur le marché en France figure sur cette liste.

## **Article R163-5**

I. - Ne peuvent être inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 :

1° Les médicaments dont les éléments de conditionnement, l'étiquetage ou la notice, définis à l'article R. 5000 du code de la santé publique, ou la publicité auprès des professionnels de santé font mention d'une utilisation non thérapeutique ;

2° Les médicaments qui n'apportent ni amélioration du service médical rendu appréciée par la commission mentionnée à l'article R. 163-15 ni économie dans le coût du traitement médicamenteux ;

3° Les médicaments susceptibles d'entraîner des hausses de consommation ou des dépenses injustifiées ;

4° Les médicaments dont le prix proposé par l'entreprise ne serait pas justifié eu égard aux critères prévus au premier alinéa de l'article L. 162-16-4 ;

5° Les médicaments dont les forme, dosage ou présentation ne sont pas justifiés par l'utilisation thérapeutique.

Les dispositions du 2° ci-dessus ne sont pas applicables aux spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, lorsque les spécialités de référence appartenant aux mêmes groupes génériques figurent sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17.

II. - L'inscription des médicaments qui ont fait l'objet d'une publicité auprès du public au sens de l'article L. 551-3 du code de la santé publique peut être refusée.

## **Article R163-6**

I. - L'inscription sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ne peut être renouvelée, après avis de la commission mentionnée à l'article R. 163-15, que si le médicament continue de remplir la condition relative au service médical rendu prévue au I de l'article R. 163-3 dans les indications thérapeutiques pour lesquelles le renouvellement de l'inscription est demandé. Dans l'appréciation du service médical rendu, constaté dans les conditions habituelles d'utilisation du médicament, il est tenu compte des nouvelles données disponibles sur le médicament et l'affection traitée ainsi que des autres médicaments inscrits sur la liste depuis la précédente appréciation et des autres thérapies devenues disponibles depuis lors.

Les spécialités génériques des spécialités de référence appartenant, en application du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, aux mêmes groupes génériques, sont présumées remplir la condition de service médical rendu prévue au premier alinéa ci-dessus, lorsque lesdites spécialités de référence figurent sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17.

Les spécialités bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle sont considérées comme remplissant la condition de service médical rendu prévue au premier alinéa ci-dessus lorsque la spécialité correspondante disposant d'une autorisation de mise sur le marché en France figure sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17.

II. - Le renouvellement de l'inscription d'un médicament est également soumis aux conditions prévues aux 1°, 3°, 4° et 5° du I et au II de l'article R. 163-5.

III. - Lorsqu'une entreprise exploite plusieurs médicaments comportant la même composition qualitative en principes actifs sous des dosages, formes pharmaceutiques et présentations différents et inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, la validité de leur inscription sur cette liste expire à la date d'échéance de celle du médicament dont le renouvellement de

l'inscription est sollicité en premier. L'entreprise doit adresser simultanément la même demande de renouvellement pour l'ensemble de ces médicaments.

IV. - A l'occasion de l'examen du renouvellement de l'inscription d'un médicament sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, lorsque la Commission de la transparence propose de ne pas renouveler l'inscription ou propose de modifier le niveau de la participation de l'assuré, elle donne également un avis sur les médicaments appartenant à la même classe pharmaco-thérapeutique que le médicament dont le renouvellement de l'inscription est sollicité. Dans ce cas, la date fixée pour le renouvellement de l'inscription du médicament est reportée d'un mois pour permettre aux entreprises exploitant les médicaments de la même classe de présenter leurs observations sur l'avis qui leur est communiqué.

## **Article R163-7**

I. - Après avis de la commission mentionnée à l'article R. 163-15, peuvent être radiés de la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé :

1° Les médicaments qui ne sont pas régulièrement exploités ;

2° Les médicaments dont la radiation est sollicitée par l'entreprise exploitant le médicament ;

3° Les médicaments qui ne peuvent plus figurer sur cette liste en vertu des dispositions prévues à l'article R. 163-3, aux 1°, 3°, 4° et 5° du I de l'article R. 163-5 et à l'article R. 163-6 ;

4° Les médicaments dont le conditionnement ne comporterait pas les informations destinées aux organismes d'assurance maladie, prévues en application de l'article L. 161-36 ;

5° Les médicaments pour lesquels l'entreprise exploitant le médicament n'a pas informé le ministre chargé de la sécurité sociale des modifications des données sur lesquelles l'inscription est fondée, en application de l'article R. 163-12.

II. - Peuvent être radiés de la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, après avis de la commission mentionnée à l'article R. 163-15 et de celle mentionnée à l'article R. 5054 du code de la santé publique :

1° Les médicaments qui font l'objet d'une publicité auprès du public ;

2° Les médicaments dont la publicité auprès des professionnels de santé ne mentionne pas l'une des informations suivantes : le prix, la dénomination commune, les indications thérapeutiques retenues pour l'inscription sur la liste, signalées de manière spécifique, les modalités d'utilisation, le coût du traitement journalier ou, le cas échéant, le coût de cure, exprimé en prix de vente au public dans chacune de ces indications, le taux de participation des assurés à leurs frais d'acquisition, défini en application de l'article R. 322-1, l'inscription au titre de la clause mentionnée au troisième alinéa de

l'article R. 163-2 ;

3° Les médicaments dont la publicité auprès des professionnels de santé n'est pas conforme au bon usage, au regard soit des références médicales opposables visées à l'article L. 162-12-15, soit des indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement.

Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé signale au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé de la santé les médicaments dont la publicité ne serait pas conforme aux règles fixées ci-dessus.

III. - Peuvent être radiées de la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, les spécialités figurant en qualité de génériques au répertoire mentionné à l'article R. 5143-8 du code de la santé publique, dont la dénomination est constituée d'un nom de fantaisie, lorsque cette dénomination n'est pas complétée par le suffixe prévu par l'article L. 162-17-1 du présent code dans l'étiquetage et la notice définis à l'article R. 5000 du code de la santé publique, dans le résumé des caractéristiques du produit prévu à l'article R. 5128-2 du même code, ainsi que dans toute publicité au sens de l'article L. 551 dudit code.

## **Article R163-8**

I. - La demande d'inscription sur l'une des listes prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou sur ces deux listes simultanément, est présentée par l'entreprise qui exploite le médicament.

A la présente section, ladite entreprise s'entend de celle qui est titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou celle qui exploite le médicament, si ce titulaire n'assure pas l'exploitation.

La demande d'inscription est adressée au ministre chargé de la sécurité sociale, qui en accuse réception et en informe le ministre chargé de la santé ; une copie en est simultanément adressée à la commission mentionnée à l'article R. 163-15 et à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

La demande d'inscription est accompagnée d'un dossier. Celui-ci comporte, pour les demandes d'inscription sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'inscription du médicament, en application des articles R. 163-3 et R. 163-5.

II. - Lorsque la demande porte sur l'inscription d'un médicament sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, l'entreprise propose en même temps la fixation par convention du prix de ce médicament. Cette proposition est adressée au comité économique des produits de santé, accompagnée d'une copie du dossier de demande d'inscription et d'un dossier comportant les informations nécessaires à la négociation de la convention prévue à l'article L. 162-17-4 et à la fixation du prix du médicament ; une copie de cette proposition est adressée au ministre chargé de la sécurité sociale.



## **Article R163-9**

I. - Les décisions relatives à l'inscription du médicament sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, à la fixation du prix du médicament selon les modalités prévues à l'article L. 162-16-4 et à la fixation de la participation de l'assuré dans les conditions prévues à l'article L. 322-2 sont prises et communiquées à l'entreprise dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception par le ministre chargé de la sécurité sociale de la demande mentionnée à l'article R. 163-8. Elles sont publiées simultanément au Journal officiel dans ce délai.

La décision relative à l'inscription du médicament sur la liste prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, lorsque l'entreprise n'a pas demandé de l'inscrire simultanément sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, doit être prise et notifiée à l'entreprise dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception de la demande, telle que prévue à l'article R. 163-8, par le ministre chargé de la sécurité sociale. L'inscription du médicament sur cette liste est publiée au Journal officiel dans ce délai.

II. - Toutefois, si les éléments d'appréciation communiqués par l'entreprise qui exploite le médicament sont insuffisants, le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé, le comité économique des produits de santé ou la commission mentionnée à l'article R. 163-15 notifie immédiatement au demandeur les renseignements complémentaires détaillés qui sont exigés. Dans ce cas, le délai est suspendu à compter de la date de réception de cette notification et jusqu'à la date de réception des informations complémentaires demandées.

## **Article R163-10**

I. - La demande de renouvellement de l'inscription d'un médicament sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 est présentée par l'entreprise qui exploite le médicament, au plus tard cent quatre-vingts jours avant l'expiration de la durée de validité de l'inscription.

La demande de renouvellement de l'inscription est adressée au ministre chargé de la sécurité sociale, qui en accuse réception et en informe le ministre chargé de la santé ; l'entreprise adresse simultanément copie de cette demande à la commission prévue à l'article R. 163-15, au comité économique des produits de santé et à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. La demande doit être accompagnée d'un dossier comportant les informations nécessaires à l'appréciation des conditions de renouvellement de l'inscription du médicament en application de l'article R. 163-6.

L'entreprise qui exploite le médicament adresse au comité économique des produits de santé un dossier comportant les informations relatives au prix du médicament dont le renouvellement de l'inscription est sollicité.

II. - La décision relative au renouvellement de l'inscription et à la fixation de la participation de l'assuré doit être prise et communiquée à l'entreprise avant l'expiration du délai de validité de l'inscription. L'arrêté renouvelant l'inscription du médicament sur la liste doit être publié au plus tard à cette date.

A cette même date, si aucune décision relative au renouvellement de l'inscription n'a été notifiée à l'entreprise, le renouvellement de celle-ci est accordé tacitement et un avis mentionnant le renouvellement de l'inscription est publié au Journal officiel.

## **Article R163-10-1**

La décision relative au taux de participation de l'assuré aux frais d'acquisition d'une spécialité pharmaceutique, mentionnée au troisième alinéa du I de l'article L. 322-2, est prise par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette décision est applicable sous réserve de l'inscription de cette spécialité sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17.

La décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée à l'alinéa précédent doit être communiquée aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé dans le délai maximal de quinze jours suivant la date de réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis définitif de la Commission de la transparence.

## **Article R163-11**

I. - Le prix d'un médicament inscrit sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 peut être modifié par convention conclue entre l'entreprise qui l'exploite et le comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision du comité.

II. - Lorsque la demande de modification du prix émane de l'entreprise exploitant le médicament, celle-ci adresse sa demande, accompagnée d'un dossier comportant les informations nécessaires, au comité économique des produits de santé ; une copie de ce dossier est adressée au ministre chargé de la sécurité sociale.

La décision relative à la demande de modification du prix d'un médicament doit être prise et notifiée à l'entreprise dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception de la demande par le comité économique des produits de santé. Le prix modifié est publié au Journal officiel dans ce délai.

Si le nombre de demandes tendant à la modification du prix des médicaments est exceptionnellement élevé, le délai peut être prorogé une seule fois de soixante jours. Cette prorogation doit être notifiée au demandeur.

Si les éléments d'appréciation communiqués par l'entreprise qui exploite le médicament sont insuffisants, notamment pour la négociation de la convention mentionnée à l'article L. 162-17-4, la liste des renseignements complémentaires qu'elle doit fournir lui est immédiatement notifiée par le comité économique des produits de santé. Dans ce cas, le délai est suspendu à compter de la date de réception de la notification et jusqu'à la date de réception des renseignements complémentaires demandés.

A l'expiration des délais précités, si aucune décision relative à la modification du prix n'a été notifiée à l'entreprise, la modification du prix est accordée tacitement et est mentionnée dans un avis publié au Journal officiel.

En cas d'accord conventionnel sur la modification du prix d'un médicament fixé par arrêté, cette modification entre en vigueur après abrogation de l'arrêté, laquelle doit intervenir dans les délais prévus aux alinéas ci-dessus.

III. - Lorsque la demande de modification du prix émane des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie ou du comité économique des produits de santé, l'entreprise qui exploite le médicament en est informée. Celle-ci peut présenter des observations écrites ou demander à être entendue par le comité, dans le mois suivant la réception de cette information.

## **Article R163-12**

Lorsqu'une modification significative intervient dans les données sur lesquelles a été fondée l'inscription sur les listes ou l'une des listes prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, notamment une extension des indications thérapeutiques, ou dans les données qui ont été prises en compte dans la fixation du prix du médicament, l'entreprise qui exploite le médicament est tenue d'en faire part au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Haute Autorité de santé ; celui-ci en informe le ministre chargé de la santé et le comité économique des produits de santé. A cette occasion, les conditions d'inscription peuvent être modifiées à l'initiative des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé ou à la demande de l'entreprise qui exploite le médicament, après avis de la commission mentionnée à l'article R. 163-15 ; le prix peut également être modifié à cette occasion, à la demande de l'entreprise, du comité économique des produits de santé ou des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, dans les conditions prévues à l'article R. 163-11.

A la demande du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé ou de la Haute Autorité de santé, l'entreprise qui exploite le médicament est tenue de fournir les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'inscription, de renouvellement de l'inscription ou de maintien du médicament sur les listes prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

A la demande du comité économique des produits de santé, l'entreprise qui exploite le médicament est tenue de fournir les informations nécessaires à l'appréciation des conditions de fixation du prix du médicament inscrit sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17.

L'absence de transmission des informations relatives à l'inscription sur les listes prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, en application des premier et deuxième alinéas ci-dessus, peut entraîner la radiation des médicaments concernés dans les conditions prévues par les articles R. 163-13 et R. 163-14.

## **Article R163-13**

I.-Le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de la santé informent l'entreprise qui exploite le médicament de leur intention de radier un médicament des listes prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.L'Union nationale des caisses d'assurance maladie est également informée de cette intention.

Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie informe l'entreprise qui exploite un médicament inscrit sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 de son intention de modifier le taux de participation de l'assuré aux frais d'acquisition de ce médicament lorsque cette modification résulte d'un changement dans l'appréciation du niveau de service médical rendu par le produit. Le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé et le comité économique des produits de santé sont également informés de cette intention.

Dans les deux cas, l'entreprise qui exploite le médicament peut présenter des observations écrites ou demander à être entendue par la commission prévue à l'article R. 163-15, dans le mois suivant réception de cette information.

II.-Lorsqu'un nouveau taux de participation de l'assuré aux frais d'acquisition d'un médicament a été fixé en application de l'article R. 322-1, les décisions du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie appliquant effectivement ce taux aux médicaments concernés ne peuvent prendre effet avant l'expiration d'un délai d'un mois suivant la date d'entrée en vigueur de ce taux.

## **Article R163-14**

Les décisions portant refus d'inscription sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, refus de renouvellement de l'inscription, radiation de ces listes ou refus de modification du prix ou de baisse du taux de participation de l'assuré, sont communiquées à l'entreprise avec la mention des motifs de ces décisions ainsi que des voies et délais de recours qui leur sont applicables.

## **Section 2 : Commission de la transparence**

### **Article R163-15**

La commission de la transparence comprend :

1° Vingt membres titulaires ayant voix délibérative, nommés par décision du collège de la Haute Autorité de santé pour une durée de trois ans renouvelable deux fois :

- a) Un président choisi en raison de sa compétence scientifique dans le domaine du médicament ;
- b) Deux vice-présidents ;

c) Dix-sept membres titulaires choisis en raison de leur compétence scientifique ;

2° Six membres suppléants, nommés dans les mêmes conditions que les membres titulaires, qui assistent aux séances avec voix consultative et sont appelés, dans l'ordre de leur nomination, à remplacer les membres titulaires ;

3° Huit membres ayant une voix consultative :

a) Quatre membres de droit :

-le directeur de la sécurité sociale, ou son représentant ;

-le directeur général de la santé, ou son représentant ;

-le directeur général de l'offre de soins , ou son représentant ;

-le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou son représentant.

Chacun d'eux peut se faire accompagner par une personne de ses services ;

b) Les directeurs de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, ou leur représentant, médecin ou pharmacien, qu'ils désignent ;

c) Un représentant des organisations syndicales représentatives des fabricants de produits pharmaceutiques nommé, sur proposition de celles-ci, par décision du collège de la Haute Autorité de santé.

## **Article R163-16**

I. - Les délibérations de la commission mentionnée à l'article R. 163-15 ne sont valables que si au moins douze membres ayant voix délibérative de la commission sont présents.

II. - Les avis sont pris à la majorité des suffrages, le président ayant voix prépondérante en cas de partage égal des voix. Ils sont motivés.

III. - Lorsque l'avis porte sur l'inscription, la modification des conditions d'inscription ou le renouvellement de l'inscription d'un médicament sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur l'inscription ou la modification des conditions d'inscription sur la liste prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, cet avis est immédiatement communiqué à l'entreprise qui exploite le médicament.

L'entreprise peut, dans les huit jours suivant la réception de cet avis, demander à être entendue par la commission ou présenter ses observations écrites. La commission peut modifier son avis compte tenu des observations présentées.

L'avis définitif est communiqué à l'entreprise, avec copie au comité économique des produits de santé et à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et publié au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale.

## **Article R163-17**

La commission mentionnée à l'article R. 163-15 se réunit sur convocation de son président.

La commission élabore son règlement intérieur.

Son président peut faire appel à des rapporteurs extérieurs à la commission.

Un rapporteur ou un expert intervenant dans l'examen d'un médicament devant la commission mentionnée à l'article R. 5140 du code de la santé publique ne peut intervenir comme expert représentant de l'entreprise exploitant le médicament pour l'examen du même médicament devant la commission mentionnée à l'article R. 163-15.

Les membres de la commission ainsi que les membres des services accompagnant les membres de droit et les rapporteurs sont soumis aux dispositions de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique.

## **Article R163-18**

L'avis mentionné au premier alinéa de l'article R. 163-4, ainsi que celui rendu par la commission en application de l'article L. 619 du code de la santé publique, comportent notamment :

1° L'appréciation du bien-fondé, au regard du service médical rendu, de l'inscription du médicament sur les listes, ou l'une des listes, prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

L'avis porte distinctement sur chacune des indications thérapeutiques mentionnées par l'autorisation de mise sur le marché, en distinguant, le cas échéant, des indications par groupes de populations pertinents au regard de l'appréciation du service médical rendu ;

L'avis portant sur l'inscription du médicament sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 mentionne expressément les indications thérapeutiques pour lesquelles la commission estime fondée l'inscription. Il peut préconiser d'assortir l'inscription de la clause mentionnée au troisième alinéa de l'article R. 163-2 ;

2° Une comparaison du médicament, en termes de service médical rendu, avec ceux de la classe pharmaco-thérapeutique de référence ; pour les médicaments dont l'inscription sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 est sollicitée, cette comparaison est, sauf impossibilité signalée par la commission, effectuée au moins avec les médicaments inscrits venant en premiers par le nombre de journées de traitement, avec le médicament de cette classe dont le coût du traitement est le moins élevé et avec le dernier médicament inscrit dans la même classe ; le cas échéant, cette comparaison porte sur les médicaments à même visée thérapeutique ;

L'avis comporte l'appréciation de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament par rapport à ceux mentionnés ci-dessus et figurant sur la (ou les) liste (s) sur lesquelles l'inscription est sollicitée ; cette appréciation doit porter distinctement sur chacune des indications thérapeutiques mentionnées au 1° ci-dessus ;

3° Lors du renouvellement de l'inscription des médicaments sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, la réévaluation du service médical rendu dans les conditions prévues à l'article R. 163-6.

4° Une appréciation sur les modalités d'utilisation du médicament et notamment sur les durées de traitement, la posologie et les autres indications utiles à une bonne prescription du médicament ; pour les médicaments dont l'inscription ou le renouvellement de celle-ci sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 est demandée, ces modalités sont précisées à l'égard de chacune des indications thérapeutiques proposées ; à l'occasion du renouvellement de l'inscription, les modalités réelles d'utilisation et les indications thérapeutiques constatées sont comparées aux modalités d'utilisation et aux indications thérapeutiques retenues lors des avis précédents ;

5° L'estimation du nombre de patients relevant des indications thérapeutiques pour lesquelles la commission estime fondée l'inscription, selon les données épidémiologiques disponibles. Le cas échéant, l'avis mentionne l'impossibilité de réaliser des estimations précises ;

6° Pour les médicaments inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, leur classement au regard de la participation des assurés aux frais d'acquisition dans trois catégories déterminées selon que le service médical rendu est soit majeur ou important, soit modéré, soit faible ; l'avis précise, le cas échéant, si le médicament doit être considéré comme irremplaçable pour l'application du premier alinéa de l'article R. 322-2 ;

7° L'appréciation du conditionnement approprié au regard des indications thérapeutiques pour lesquelles la commission estime fondée l'inscription, de la posologie et de la durée de traitement ;

La commission peut, en outre, indiquer les informations et études complémentaires indispensables à la réévaluation du service médical rendu par le médicament, qui devront être présentées par le demandeur à l'occasion du renouvellement de l'inscription sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17.

## **Article R163-19**

A la demande du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé de la santé, la commission mentionnée à l'article R. 163-15 donne un avis sur :

1° Le bien-fondé de l'inscription, du renouvellement d'inscription ou de la modification des conditions d'inscription des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, sur les listes prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

2° Le maintien du médicament sur les listes, ou l'une des listes, prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, compte tenu de la modification des données sur lesquelles est fondée l'inscription ; l'avis portant sur le maintien du médicament sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 peut préconiser d'assortir l'inscription de la clause mentionnée au troisième alinéa de l'article R. 163-2 ;

3° L'inscription des médicaments sur la liste mentionnée à l'article L. 595-7-1 du code de la santé publique. L'avis comporte notamment les rubriques visées aux 1°, 2° et 6° de l'article R. 163-18 ;

4° L'établissement de classifications des médicaments en fonction de leurs propriétés pharmacologiques et thérapeutiques ou de leurs indications ainsi que le classement des produits dans ces classifications ;

5° Les règles de conditionnement des médicaments par classe thérapeutique et la conformité à ces règles des conditionnements présentés ;

6° Toute question touchant à la consommation, au remboursement, à la prise en charge et aux conditions d'utilisation thérapeutique des médicaments figurant sur les listes prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

## **Article R163-20**

I. - La commission mentionnée à l'article R. 163-15 donne un avis, à la demande du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé, ou, pour l'exercice de ses compétences propres, du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, sur les documents suivants :

1° Les documents d'information à l'usage des praticiens portant sur la comparaison des médicaments de la même classe pharmaco-thérapeutique ou à même visée thérapeutique ;

Ces documents doivent notamment rappeler les références médicales opposables visées à l'article L. 162-12-15 et les spécialités génériques commercialisées figurant au répertoire mentionné à l'article R. 5143-8 du code de la santé publique ;

2° Les fiches d'information thérapeutique préparées en vue d'être annexées aux arrêtés d'inscription des médicaments particulièrement coûteux et d'indications précises, prévues au troisième alinéa de l'article R. 163-2 ainsi que des fiches de même nature, publiées au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale, pour des médicaments dont les conditions d'utilisation nécessitent une information particulière des prescripteurs et notamment ceux qui sont soumis aux conditions de prescription restreinte prévues aux articles R. 5143-5-1 à R. 5143-5-6 du code de la santé publique ;

3° Des recommandations destinées aux prescripteurs et relatives à l'usage des médicaments.

La publication et la diffusion de tous les documents précités ne peuvent intervenir qu'après accord



du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé.

II. - La commission mentionnée à l'article R. 163-15 donne un avis sur les recommandations de bonne pratique et les références médicales établies par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé prévues à l'article L. 162-12-15.

### **Article R163-21**

La commission mentionnée à l'article R. 163-15 peut réévaluer le service médical rendu des médicaments inscrits sur les listes, ou l'une des listes, prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique par classe pharmaco-thérapeutique ou à même visée thérapeutique, notamment lorsqu'elle propose l'inscription sur ces listes ou l'une de ces listes d'un médicament apportant une amélioration majeure du service médical rendu susceptible de modifier substantiellement les stratégies thérapeutiques antérieures.

## **Section 3 : Dispositions applicables en cas d'absence de communication des informations prévues à l'article L. 162-17-7.**

### **Article R163-22**

Les informations mentionnées à l'article L. 162-17-7 sont les informations de caractère scientifique de nature à modifier l'appréciation portée par la commission mentionnée à l'article R. 163-15.

### **Article R163-23**

Lorsque les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ou l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ont connaissance de l'existence de données mentionnées à l'article R. 163-22 qui ne leur ont pas été communiquées par l'entreprise exploitant le médicament concerné, ils saisissent la commission mentionnée à l'article R. 163-15 pour connaître sa position sur les conséquences des données non communiquées sur l'appréciation qu'elle a portée sur ce médicament, ainsi que le Comité économique des produits de santé. Ils en informent l'entreprise. Lorsque ces saisines interviennent à l'initiative de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, celle-ci en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Lorsqu'il a connaissance de données mentionnées à l'article R. 163-22 n'ayant pas été communiquées au ministre chargé de la santé ou au ministre chargé de la sécurité sociale par l'entreprise exploitant le médicament, le Comité économique des produits de santé peut également saisir la commission mentionnée à l'article R. 163-15 pour connaître sa position sur les conséquences des données non communiquées sur l'appréciation qu'elle a portée sur ce médicament et, dans ce cas, en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et l'entreprise concernée.

## **Article R163-24**

Dans un délai d'un mois après la saisine mentionnée à l'article R. 163-23, la commission mentionnée à l'article R. 163-15, au vu le cas échéant des observations transmises par l'entreprise exploitant le médicament, transmet sa position au Comité économique des produits de santé et à l'entreprise exploitant le médicament.

Si le Comité économique des produits de santé envisage de prononcer une pénalité, il informe dans un délai d'un mois suivant la réception de la position de la commission, par lettre recommandée avec avis de réception, l'entreprise exploitant le médicament de son intention de lui infliger une pénalité financière. Dans le délai de quinze jours suivant la réception de cette information, l'entreprise peut présenter des observations écrites au Comité économique des produits de santé ou demander, dans le même délai, à être entendue par le comité.

Le montant de la pénalité financière est calculé, sur la base du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé par l'entreprise au cours du dernier exercice clos et dans la limite de 5 % de ce chiffre d'affaires (1), en fonction de la gravité des conséquences sur la santé publique et des conséquences économiques pour l'assurance maladie qu'a entraînées ou pourrait entraîner, compte tenu de leur importance quantitative et qualitative, l'absence de fourniture des données ou leur fourniture tardive.

Le Comité économique des produits de santé notifie à l'entreprise par lettre recommandée avec avis de réception et à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le montant de la pénalité et les motifs qui la justifient. La notification indique que l'entreprise doit s'acquitter du montant de la pénalité financière auprès de l'agent comptable de l'agence centrale dans un délai d'un mois et mentionne les voies et délais de recours applicables. Les entreprises sont tenues de déclarer au Comité économique des produits de santé les éléments relatifs à leur chiffre d'affaires nécessaires au calcul de la pénalité.

En l'absence de paiement dans un délai d'un mois, l'agent comptable de l'agence centrale procède au recouvrement de la pénalité, dans les conditions prévues à l'article 164 du décret du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique.

## **Article R163-25**

Les montants versés à l'agence centrale sont répartis entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles suivant la clé de répartition fixée par l'arrêté mentionné à l'article L. 138-8. L'agent comptable de l'agence centrale notifie au Comité économique des produits de santé, au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de la sécurité sociale les montants perçus.

## **Section 4 : Prise en charge à titre dérogatoire de certaines spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations prévue à l'article L. 162-17-2-1.**

### **Article R163-26**

La Haute Autorité de santé peut être saisie, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-2-1, d'une demande d'avis par le ministre chargé de la santé, ou celui chargé de la sécurité sociale ou par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ou donner une recommandation, si elle agit de sa propre initiative, en vue de la procédure de prise en charge à titre dérogatoire prévue à l'article précité.

L'avis de la Haute Autorité de santé mentionné à l'alinéa précédent est rendu dans un délai de trois mois pour les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation et dans un délai de six mois pour les produits et prestations, à compter de la date de réception de la demande.

S'agissant des produits et prestations, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, consultée par la Haute Autorité de santé en application des dispositions du premier alinéa de l'article L. 162-17-2-1, communique son avis dans un délai de trois mois suivant la réception de la saisine. Cet avis est motivé et porte notamment sur l'efficacité présumée et les effets indésirables éventuels du produit ou de la prestation dans l'utilisation envisagée et mentionne, le cas échéant, l'existence d'alternatives thérapeutiques appropriées et la nécessité d'un suivi particulier des patients.

L'avis ou la recommandation de la Haute Autorité de santé comporte une appréciation motivée du bien-fondé de la prise en charge à titre dérogatoire des spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation, produits ou prestations en cause et précise la population concernée. Cette appréciation porte notamment sur l'intérêt de la spécialité, du produit ou de la prestation pour le ou les patients. Pour les produits et prestations, une copie de l'avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé est jointe à l'avis ou à la recommandation de la Haute Autorité de santé.

L'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionné aux premier et quatrième alinéas de l'article L. 162-17-2-1 est transmis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans le délai d'un mois suivant la saisine de ce conseil.

### **Article R163-27**

La prise en charge à titre dérogatoire est prononcée pour une période maximale de trois ans. Elle est renouvelable, pour la même durée, dans les conditions prévues à l'article R. 163-26 à l'exception du délai de transmission de l'avis de la Haute Autorité de santé qui est réduit à un mois suivant sa saisine pour les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation et à quatre mois pour les produits et prestations.

En l'absence de publication d'une décision sur le renouvellement de prise en charge à l'échéance de l'arrêté de prise en charge à titre dérogatoire en cours, le renouvellement de cette prise en charge est accordé tacitement, dans les mêmes conditions de prise en charge et pour la même durée.

## **Article R163-27-1**

Une spécialité pharmaceutique qui a fait l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique pour une indication ou des conditions d'utilisation spécifiques et d'une prise en charge dérogatoire en vertu de l'article L. 162-17-2-1 et qui bénéficie d'une autorisation de mise sur le marché pour cette indication ou ces conditions d'utilisation spécifiques peut, passé la date à laquelle la recommandation temporaire d'utilisation a cessé de produire ses effets, continuer à être prise en charge. Cette prise en charge dure jusqu'à ce qu'une décision ait été prise, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur son inscription sur une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 et au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, et au plus pour une durée de sept mois après l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché. La prise en charge prend fin si aucune demande d'inscription sur une de ces listes n'a été déposée un mois après l'autorisation de mise sur le marché.

## **Article R163-27-2**

Lorsque l'arrêté comporte des conditions de prise en charge ou des obligations pour le laboratoire ou le fabricant, celles-ci :

1° Pour les spécialités pharmaceutiques, tiennent compte de la convention prévue par l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique lorsqu'elle existe ;

2° Pour les produits et prestations, peuvent être précisées par une convention passée entre l'agence et le laboratoire ou le fabricant et conforme à un modèle type fixé par décision du directeur général de l'agence. Cette convention précise notamment les modalités de suivi des patients et du recueil des informations relatives à l'efficacité, la sécurité et les conditions réelles d'utilisation ainsi que la périodicité et les modalités de transmission à l'agence des rapports de synthèse de ces données.

## **Article R163-27-3**

Le coût du suivi des patients traités est à la charge des fabricants, des mandataires ou des distributeurs des produits et prestations et est réparti entre ces derniers au prorata du chiffre d'affaires respectif réalisé sur le marché français l'année civile antérieure au titre de chaque produit et prestation.

## **Article R163-28**

Il peut être mis fin à tout moment, par arrêté motivé des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de santé et du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie donnés dans les conditions du premier alinéa de l'article R. 163-27, à la prise en charge à titre dérogatoire des spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations qui ne satisfont plus aux critères de cette prise en charge. Avant de rendre son avis, la Haute Autorité de santé consulte l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé qui communique son avis dans un délai d'un mois suivant la réception de la saisine.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé signale aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, au vu de nouvelles données de sécurité ou d'efficacité, ou au vu d'une nouvelle alternative thérapeutique, tous éléments susceptibles de justifier l'arrêt de la

prise en charge à titre dérogatoire de produits relevant de sa compétence.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale informent l'entreprise qui exploite la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation de leur intention de mettre fin à la prise en charge à titre dérogatoire. Lorsque la fin de prise en charge envisagée vise une catégorie de produits ou prestations ou en l'absence d'exploitant unique identifiable, cette information est effectuée par la publication d'un avis au Journal officiel de la République française. La ou les entreprises concernées peuvent présenter des observations écrites dans le mois suivant la réception ou la publication de cette information.

### **Article R163-28-1**

Les spécialités pharmaceutiques dont la recommandation temporaire d'utilisation fait l'objet d'une suspension ou d'un retrait sont exclues de la prise en charge dérogatoire par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sans qu'il soit fait application des dispositions de l'article R. 163-28.

### **Article R163-29**

Les avis ou recommandations formulés par la Haute Autorité de santé au titre des articles R. 163-26 à R. 163-28 sont rendus publics.

### **Article R163-30**

Lorsque le comité économique des produits de santé envisage de prononcer la pénalité prévue au cinquième alinéa de l'article L. 162-17-2-1, il informe l'entreprise concernée de son intention de lui infliger une pénalité financière par lettre recommandée avec avis de réception ; cette lettre précise les motifs pour lesquels une pénalité est envisagée. Dans le délai d'un mois suivant la réception de cette information, l'entreprise peut présenter des observations écrites au comité économique des produits de santé et, le cas échéant, demander, dans le même délai, à être entendue par le comité.

Le montant de la pénalité financière annuelle, qui 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 produit considéré, est déterminé en fonction de la nature de l'obligation méconnue, des conséquences économiques pour l'assurance maladie et de la gravité des risques pour la santé publique qu'a entraînés ou pourrait entraîner le manquement de l'entreprise à l'obligation prévue par l'arrêté de prise en charge dérogatoire conformément au premier alinéa de l'article L. 162-17-2-1.

Le comité économique des produits de santé notifie à l'entreprise par lettre recommandée avec avis de réception et à l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le montant de la pénalité, les motifs qui la justifient ainsi que les voies et délais de recours. La notification informe l'entreprise que si le manquement se prolonge pendant un an, le comité économique des produits de santé se prononcera à l'issue de cette période sur l'éventuelle reconduction de la pénalité.

La notification indique également que l'entreprise doit s'acquitter du montant de la pénalité financière dans un délai d'un mois auprès de l'agent comptable de l'organisme compétent mentionné à l'article L. 213-1. Les entreprises sont tenues de déclarer au comité économique des produits de santé les éléments de leur chiffre d'affaires nécessaires à la fixation de la pénalité.

En l'absence de paiement dans un délai d'un mois, la pénalité est recouvrée dans les conditions prévues à l'article 164 du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique.

Les montants versés à l'organisme compétent mentionné à l'article L. 213-1 sont répartis entre le

régime général d'assurance maladie, le régime d'assurance maladie des professions agricoles et le régime social des indépendants selon la clé de répartition fixée en application de l'article L. 162-37. L'agent comptable notifie au comité économique des produits de santé et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale les montants perçus.

## **Chapitre 4 : Produits d'origine humaine.**

### **Article R164-1**

L'arrêté prévu à l'article L. 164-1 est pris par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Chapitre 5 : Dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations associées**

### **Section 1 : Inscription prévue à l'article L. 165-1**

#### **Article R165-1**

Les produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 ne peuvent être remboursés par l'assurance maladie, sur prescription médicale ou sur prescription d'un auxiliaire médical dans les conditions prévues aux articles L. 4311-1 et L. 4321-1 et au 6° de l'article R. 4322-1 du code de la santé publique, que s'ils figurent sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé après avis de la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code et dénommée " Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé ".

Peuvent également être remboursés par l'assurance maladie les verres correcteurs et, le cas échéant, les montures correspondantes, inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1, délivrés par un opticien-lunetier en application de l'article L. 4362-10 du code de la santé publique. A chaque renouvellement, l'opticien-lunetier mentionne sur la prescription la nature des produits délivrés et la date de cette délivrance.

L'inscription sur la liste précise, le cas échéant, les spécifications techniques, les seules indications thérapeutiques ou diagnostiques et les conditions particulières de prescription ou d'utilisation du produit ou de la prestation ouvrant droit à la prise en charge. Lorsque l'utilisation de produits ou de prestations fait appel à des soins pratiqués par des établissements de santé, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent décider de subordonner l'inscription sur la liste à des conditions relatives à l'évaluation de ces produits ou prestations, aux modalités de délivrance des soins, à la qualification ou à la compétence des praticiens des établissements de santé utilisant ces produits ou pratiquant ces prestations.

L'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1 peut être assortie, pour certains produits ou prestations particulièrement coûteux et dont la prise en charge est limitée à une ou plusieurs indications, d'une clause prévoyant qu'ils ne sont remboursés ou pris en charge que selon une procédure fixée par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Dans ce cas, est annexée à l'arrêté d'inscription du dispositif sur la liste une fiche d'information thérapeutique établie par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé. Cette fiche rappelle, d'une part, les indications prises en charge, d'autre part, les modalités de prescription, d'utilisation et, le cas échéant, la durée du traitement.

## **Article R165-2**

Les produits ou les prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits sur la liste prévue audit article au vu de l'appréciation du service qui en est attendu.

Le service attendu est évalué, dans chacune des indications du produit ou de la prestation et, le cas échéant, par groupe de population en fonction des deux critères suivants :

1° L'intérêt du produit ou de la prestation au regard, d'une part, de son effet thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap ainsi que des effets indésirables ou des risques liés à son utilisation, d'autre part, de sa place dans la stratégie thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap compte tenu des autres thérapies ou moyens de diagnostic ou de compensation disponibles ;

2° Son intérêt de santé publique attendu, dont notamment son impact sur la santé de la population, en termes de mortalité, de morbidité et de qualité de vie, sa capacité à répondre à un besoin thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap non couvert, eu égard à la gravité de la pathologie ou du handicap, son impact sur le système de soins et son impact sur les politiques et programmes de santé publique.

Le service attendu est apprécié, le cas échéant, en fonction des spécifications techniques et des conditions particulières de prescription et d'utilisation auxquelles l'inscription est subordonnée.

Les produits ou prestations dont le service attendu est insuffisant pour justifier l'inscription au remboursement ne sont pas inscrits sur la liste.

## **Article R165-3**

L'inscription sur la liste est effectuée, pour une durée maximale de cinq ans renouvelable par la description générique du produit ou de la prestation. Cette description est constituée par l'énumération de ses principales caractéristiques.

Toutefois, l'inscription sur la liste est effectuée pour une durée maximale de cinq ans renouvelable, sous forme de marque ou de nom commercial :

-pour les produits qui présentent un caractère innovant ;

-ou lorsque l'impact sur les dépenses d'assurance maladie, les impératifs de santé publique ou le contrôle des spécifications techniques minimales nécessite un suivi particulier du produit.

A tout moment, l'inscription sous forme d'une description générique peut être substituée à l'inscription d'un ou plusieurs produits sous forme de marque ou de nom commercial par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé après avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé.

## **Article R165-4**

Ne peuvent être inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 :

1° Les produits ou prestations pour lesquels les règles applicables en matière de publicité n'ont pas été respectées ;

2° Les produits ou prestations qui n'apportent ni amélioration du service qui en est attendu ou du service qu'ils rendent, ni économie dans le coût du traitement ou qui sont susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie. Ces dispositions ne font pas obstacle à ce que des produits répondant à une description générique soient inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 sous forme de marque ou de nom commercial, pour les motifs prévus à l'article R. 165-3. Dans ce cas, ces produits peuvent bénéficier du même tarif que les produits répondant à la même description générique ;

3° Les produits qui ne satisfont pas aux exigences de mise sur le marché prévues par le code de la santé publique ;

4° Les dispositifs médicaux à usage individuel qui sont utilisés pour ou pendant la réalisation d'un acte par un professionnel de santé et dont la fonction ne s'exerce pas au-delà de l'intervention du professionnel.

## **Article R165-4-1**

La suspension de la mise sur le marché d'un produit par décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en application de l'article L. 5312-1 du code de la santé publique, emporte, lorsque ce produit est inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1, la suspension de sa prise en charge par l'assurance maladie. La restriction de l'utilisation, de la prescription, de la délivrance ou de l'administration d'un produit décidée en application des mêmes dispositions est mentionnée de plein droit, à titre provisoire, sur cette liste. La modification des conditions d'inscription du produit est simultanément engagée en application des dispositions de l'article R. 165-9.



La suspension de la fabrication, de l'importation, de l'exportation, de la mise sur le marché à titre onéreux d'un produit par arrêté du ministre chargé de la consommation et, selon le cas, du ou des ministres intéressés, en application de l'article L. 221-5 du code de la consommation, emporte également, lorsque ce produit est inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1, la suspension de sa prise en charge par l'assurance maladie.

## **Article R165-5**

Peuvent être radiés de la liste prévue à l'article L. 165-1 :

1° Les produits qui cessent de remplir les critères d'inscription définis aux articles R. 165-2 et R. 165-6, ou qui relèvent d'un motif de non-inscription défini à l'article R. 165-4 ou pour lesquels le fabricant ou le distributeur n'a pas informé le ministre chargé de la sécurité sociale des modifications des données sur lesquelles l'inscription est fondée ;

2° Les produits inscrits sous forme de marque ou de nom commercial :

a) Qui font l'objet, auprès du corps médical ou de tout autre professionnel de santé, d'informations ne mentionnant pas soit le tarif de responsabilité, soit le prix fixé, soit, le cas échéant, les seules indications thérapeutiques, diagnostiques ou de compensation du handicap dans lesquelles ils sont pris en charge ou les conditions de prescription et d'utilisation ;

b) Ou dont la commercialisation est suspendue ou interrompue.

La radiation d'un produit ou d'une prestation de la liste des produits ou prestations remboursables est prononcée par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de la santé. Les ministres informent le fabricant ou le distributeur du projet de radiation. Dans le cas d'une description générique, cette information est effectuée par la publication d'un avis au Journal officiel.

Le fabricant ou le distributeur peut présenter des observations écrites, dans le délai de trente jours suivant la réception ou la publication de l'information, ou demander dans le même délai à être entendu par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé.

## **Article R165-5-1**

Sont radiés de la liste prévue à l'article L. 165-1, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé :

1° Les produits et prestations faisant exclusivement appel à des soins pratiqués par des établissements de santé et qui sont pris en charge au titre des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 et au 1° de l'article L. 162-22-6 ;

2° Les produits qui font l'objet d'une interdiction de mise sur le marché, d'utilisation, de prescription, de délivrance ou d'administration par décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en application de l'article L. 5312-1 du code de la santé publique, ainsi que les produits interdits par décret en Conseil d'Etat, en application de l'article L. 221-3 du code de la consommation.

## **Article R165-6**

L'inscription ne peut être renouvelée, après avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé, que si le produit ou la prestation apporte un service rendu suffisant pour justifier le maintien de son remboursement. Le service rendu est déterminé par la réévaluation des critères ayant conduit à l'appréciation du service attendu après examen des études demandées le cas échéant lors de l'inscription ainsi que des nouvelles données disponibles sur le produit ou la prestation et l'affection traitée, diagnostiquée ou compensée, des autres produits et prestations inscrits sur la liste et des autres thérapies ou moyens disponibles. L'appréciation du service rendu est évaluée dans chacune des indications thérapeutiques, diagnostiques ou de compensation du handicap admises au remboursement.

## **Section 2 : Procédures relatives à l'établissement de la liste prévue à l'article L. 165-1 et à la fixation des tarifs et des prix**

### **Article R165-7**

Lorsque l'inscription d'un produit ou d'une prestation sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ou la modification de cette inscription est sollicitée par le fabricant ou le distributeur, la demande est adressée au ministre chargé de la sécurité sociale qui en accuse réception et en informe le ministre chargé de la santé ; une copie en est simultanément adressée à la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé.

La demande est accompagnée d'un dossier qui comporte les informations nécessaires pour apprécier les conditions d'inscription du produit ou de la prestation.

Le fabricant ou le distributeur adresse au comité économique des produits de santé copie du dossier de demande d'inscription accompagnée d'un dossier comportant les informations utiles à la tarification du produit ou de la prestation.

### **Article R165-8**

Les décisions relatives, d'une part, à l'inscription ou à la modification de l'inscription d'un produit ou d'une prestation sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et, d'autre part, à la fixation de son tarif et, le cas échéant, de son prix sont prises et communiquées dans un délai de cent quatre-vingt jours à

compter de la réception de la demande présentée par le fabricant ou le distributeur. Elles sont publiées au Journal officiel.

Toutefois, si les éléments d'appréciation communiqués par le fabricant ou le distributeur sont insuffisants, le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé, le comité économique des produits de santé ou la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé notifie immédiatement au demandeur les renseignements complémentaires détaillés qui sont exigés. Dans ce cas, le délai mentionné au premier alinéa est suspendu à compter de la date de réception de cette notification et jusqu'à la date de réception des informations demandées.

## **Article R165-9**

Lorsque l'initiative de l'inscription de produits ou de prestations est prise par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les fabricants et les distributeurs de ces produits ou prestations en sont informés par une notification adressée à chacun d'eux ou par un avis publié au Journal officiel. Ils peuvent présenter des observations écrites ou demander à être entendus par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé dans un délai de trente jours à compter de cette information. Ils sont également informés par les mêmes voies du tarif et, le cas échéant, du prix envisagés et ils peuvent, dans un délai de trente jours à compter de cette information, faire valoir selon les mêmes modalités leurs observations devant le comité économique des produits de santé.

## **Article R165-10**

I.-La demande de renouvellement de l'inscription d'un produit mentionné à l'article L. 165-1, inscrit sous forme de marque ou de nom commercial, est présentée par le fabricant ou le distributeur au plus tard cent quatre-vingts jours avant l'expiration de la durée d'inscription.

La demande de renouvellement est adressée au ministre chargé de la sécurité sociale qui en accuse réception et en informe le ministre chargé de la santé. Une copie de cette demande est adressée simultanément à la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé. La demande doit être accompagnée d'un dossier comportant les informations nécessaires à l'appréciation des conditions de renouvellement de l'inscription.

Le fabricant ou le distributeur adresse au comité économique des produits de santé copie du dossier de demande de renouvellement accompagnée d'un dossier comportant les informations utiles à la tarification du produit ou de la prestation. Une copie de ce dernier dossier est adressée au ministre chargé de la sécurité sociale.

II.-Les décisions relatives, d'une part, au renouvellement de l'inscription et, d'autre part, à la fixation du tarif et, le cas échéant, du prix doivent être prises et communiquées avant l'expiration de la durée d'inscription. Elles sont publiées au Journal officiel.

A cette même date, en l'absence de publication de la décision de renouvellement de l'inscription et si le fabricant ou le distributeur a déposé dans le délai mentionné au I un dossier de renouvellement comportant l'ensemble des éléments nécessaires, le renouvellement de l'inscription est accordé tacitement et le tarif et, le cas échéant, le prix en vigueur antérieurement sont reconduits. Un avis mentionnant ce renouvellement et rappelant le tarif et, le cas échéant, le prix est publié au Journal officiel.

## **Article R165-10-1**

Les décisions relatives, d'une part, au renouvellement de l'inscription et, d'autre part, à la fixation du tarif et, le cas échéant, du prix des produits ou prestations inscrits sous forme de description générique sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 doivent être prises et publiées au Journal officiel avant l'expiration de la durée d'inscription.

A cette date, en l'absence de publication de la décision de renouvellement de l'inscription, le renouvellement de l'inscription est accordé tacitement et le tarif et, le cas échéant, le prix en vigueur antérieurement sont reconduits. Un avis mentionnant ce renouvellement et rappelant le tarif et, le cas échéant, le prix est publié au Journal officiel.

Les fabricants et les distributeurs, ou leurs représentants, peuvent, au plus tard 180 jours avant l'expiration de la validité d'inscription de la description générique qui les concerne, adresser à la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé toutes données qu'ils jugent utiles de prendre en compte pour l'instruction du renouvellement de l'inscription et au comité économique des produits de santé toutes données qu'ils jugent utiles de prendre en compte pour la fixation du tarif et, le cas échéant, du prix.

Par dérogation à l'article R. 165-6, la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé peut proposer aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé le renouvellement d'office de l'inscription de certaines descriptions génériques sur la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L. 165-1.

## **Article R165-11**

L'avis rendu par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé, en vue d'une inscription ou d'une modification des conditions d'inscription, comporte notamment :

1° La description du produit ou de la prestation ;

2° L'appréciation du bien-fondé, au regard du service attendu du produit ou de la prestation, de l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1. Cette évaluation conduit à considérer le service attendu comme suffisant ou insuffisant pour justifier l'inscription au remboursement. Elle est réalisée pour chaque indication thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap en distinguant, le cas échéant, des groupes de population et précise les seules indications pour lesquelles la commission estime l'inscription fondée ;

3° Lorsque le service attendu est suffisant pour justifier l'inscription au remboursement, l'appréciation de l'amélioration du service attendu par rapport à un produit, un acte ou une prestation comparables ou à un groupe d'actes, de produits ou de prestations comparables, précisément désignés, considérés comme référence selon les données actuelles de la science et admis ou non au remboursement. Cette évaluation conduit à considérer l'amélioration du service attendu comme majeure, importante, modérée, mineure ou à en constater l'absence. Elle est réalisée pour chaque indication thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap dans laquelle la commission estime l'inscription fondée ;

4° Le cas échéant, une proposition de durée d'inscription si la commission estime que cette durée doit être inférieure à cinq ans ;

5° Les recommandations, le cas échéant par indication thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap, sur les modalités de prescription et d'utilisation du produit ou de la prestation et les spécifications techniques minimales requises conditionnant la prise en charge des produits ;

6° Une appréciation, le cas échéant, de l'adéquation des conditions d'utilisation avec le conditionnement des produits ;

7° Pour les produits pour lesquels la commission émet un avis favorable à l'inscription ou à la modification des conditions d'inscription, le cas échéant, les études complémentaires nécessaires à l'évaluation du service rendu, ou de son amélioration, qui devront être présentées à l'occasion du renouvellement de l'inscription ;

8° L'estimation du nombre de patients relevant des indications thérapeutiques, diagnostiques ou de compensation du handicap dans lesquelles la commission estime l'inscription fondée selon les données épidémiologiques disponibles. Le cas échéant, l'avis mentionne l'impossibilité de réaliser des estimations précises ;

9° Le cas échéant, s'agissant des produits et prestations faisant appel à des soins pratiqués en établissements de santé, la proposition de subordonner l'inscription à la mise en oeuvre des dispositions fixées au dernier alinéa de l'article L. 165-1 ;

10° Le cas échéant, la proposition de soumettre les produits ou prestations à la procédure prévue au dernier alinéa de l'article R. 165-1.

## **Article R165-11-1**

L'avis rendu par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé en vue d'un renouvellement de l'inscription comporte notamment :

1° L'appréciation du bien-fondé, au regard du service rendu du produit ou de la prestation, du renouvellement de l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1. Cette évaluation conduit à

considérer le service rendu comme suffisant ou insuffisant pour justifier le renouvellement de l'inscription. L'avis porte sur chacune des indications admises au remboursement et précise les seules indications pour lesquelles la commission estime fondé le renouvellement de l'inscription ;

2° Lorsque le service rendu est suffisant pour justifier le renouvellement de l'inscription, l'appréciation de l'amélioration du service rendu par rapport à un produit, un acte ou une prestation comparables ou à un groupe d'actes, de produits ou de prestations comparables précisément désignés, considérés comme référence selon les données actuelles de la science et admis ou non au remboursement. Cette référence peut être celle retenue pour apprécier l'amélioration du service rendu. Cette évaluation conduit à considérer l'amélioration du service rendu comme majeure, importante, modérée, mineure ou à en constater l'absence. Elle est réalisée pour chaque indication thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap dans laquelle la commission estime le renouvellement de l'inscription fondé ;

3° Le cas échéant, l'appréciation des résultats des études complémentaires demandées lors de l'inscription conformément au 7° de l'article R. 165-11 ;

4° Le cas échéant, une proposition de durée d'inscription si la commission estime que cette durée doit être inférieure à cinq ans pour les produits ou prestations inscrits par description générique et pour les produits inscrits sous forme de marque ou de nom commercial ;

5° L'actualisation des recommandations, le cas échéant par indications thérapeutiques, diagnostiques ou de compensation du handicap, sur les modalités de prescription et d'utilisation du produit ou de la prestation et les spécifications techniques minimales requises conditionnant la prise en charge des produits ;

6° L'actualisation de l'appréciation, le cas échéant, de l'adéquation des conditions d'utilisation avec le conditionnement des produits ;

7° Pour les produits pour lesquels la commission émet un avis favorable à un renouvellement de l'inscription, le cas échéant, les études complémentaires nécessaires à l'évaluation du service rendu qui devront être présentées à l'occasion du renouvellement suivant de l'inscription ;

8° L'actualisation du nombre de patients relevant des indications thérapeutiques, diagnostiques ou de compensation du handicap dans lesquelles la commission estime le renouvellement de l'inscription fondé selon les données épidémiologiques disponibles. Le cas échéant, l'avis mentionne l'impossibilité de réaliser des estimations précises ;

9° Le cas échéant, s'agissant des produits et prestations faisant appel à des soins pratiqués en établissements de santé, la proposition de subordonner le renouvellement de l'inscription à la mise en oeuvre des dispositions fixées au dernier alinéa de l'article L. 165-1 ;

10° Le cas échéant, la proposition de soumettre les produits ou prestations à la procédure spécifique prévue au dernier alinéa de l'article R. 165-1.

## **Article R165-12**

L'avis rendu par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé est communiqué au fabricant ou au distributeur qui dispose d'un délai de huit jours suivant la réception de cet avis pour demander à être entendu par la commission ou présenter ses observations écrites.

L'avis définitif est communiqué au fabricant ou au distributeur et transmis simultanément aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et au comité économique des produits de santé. L'avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé est rendu public.

## **Article R165-13**

La Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé, à son initiative ou à la demande des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, peut réévaluer le service attendu ou rendu des produits ou des prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1, notamment lorsqu'elle émet un avis favorable à l'inscription sur cette liste d'un produit ou d'une prestation apportant une amélioration du service attendu susceptible de modifier substantiellement les stratégies thérapeutiques, diagnostiques ou de compensation du handicap antérieures.

## **Article R165-14**

Le comité économique des produits de santé fixe, par convention ou à défaut par décision, les tarifs des produits ou des prestations mentionnés à l'article L. 165-1. La détermination de ces tarifs tient compte principalement du service attendu ou rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, le cas échéant des résultats des études complémentaires demandées, des tarifs et des prix du ou des actes, produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

## **Article R165-15**

I. - Le tarif ou le prix des produits ou des prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peut être modifié par convention ou par décision du comité économique des produits de santé.

La modification du tarif ou du prix peut intervenir soit à la demande du fabricant ou du distributeur, soit à l'initiative du comité économique des produits de santé, soit à la demande des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé ou de l'économie ou de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

II. - Lorsque la demande émane du fabricant ou du distributeur, celui-ci adresse sa demande, accompagnée d'un dossier comportant les informations nécessaires, au comité économique des produits de santé qui en accuse réception.

La décision relative à la modification du tarif ou du prix doit être prise et notifiée dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception de la demande par le comité économique des produits de santé. Le tarif ou le prix modifié est publié au Journal officiel dans ce délai.

Si les éléments d'appréciation communiqués par le fabricant ou le distributeur sont insuffisants, le comité économique des produits de santé notifie immédiatement au demandeur les renseignements complémentaires qui sont exigés. Dans ce cas, le délai est suspendu à compter de la date de réception de cette notification et jusqu'à la date de réception des informations demandées.

A l'expiration des délais précités, si aucune décision n'a été notifiée au fabricant ou au distributeur, la modification du tarif ou du prix est accordée tacitement et est mentionnée dans un avis au Journal officiel.

III. - Lorsque la modification du tarif ou du prix est effectuée à l'initiative du comité économique des produits de santé ou à la demande des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie ou de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les fabricants ou les distributeurs des produits ou des prestations en sont informés par une notification, adressée à chacun d'eux ou par un avis publié au Journal officiel. Ils peuvent présenter des observations écrites ou demander à être entendus par le comité dans les trente jours suivant la réception de la notification ou la publication de l'avis.

## **Article R165-16**

Les décisions portant refus d'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1, refus de renouvellement d'inscription, radiation de la liste ou refus de modification de l'inscription, du tarif ou du prix doivent, dans la notification au fabricant ou distributeur, être motivées et mentionner les voies et délais de recours qui leur sont applicables.

## **Section 3 : Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé mentionnée à l'article L. 165-1**

### **Article R165-18**

I.-La Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé est composée des membres suivants :

A.-Quinze membres titulaires ayant voix délibérative nommés par décision du collège de la Haute



Autorité de santé pour une durée de trois ans renouvelable deux fois :

1° Un président choisi, au sein du collège de la Haute Autorité de santé, en raison de ses compétences scientifiques dans le domaine des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 ;

2° Deux vice-présidents ;

3° Douze membres choisis en raison de leur compétence scientifique.

B.-Quatre membres suppléants, nommés dans les mêmes conditions que les membres titulaires, qui assistent aux séances avec voix consultative et sont appelés, dans l'ordre de leur nomination, à remplacer les membres titulaires.

C.-Neuf membres ayant une voix consultative :

1° Le directeur de la sécurité sociale, le directeur général de la santé, le directeur général de l'offre de soins et le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, ou leurs représentants, qu'ils désignent, chacun d'eux pouvant se faire accompagner par une personne de ses services ;

2° Les directeurs de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, ou leurs représentants, qu'ils désignent ;

3° Une personnalité désignée par décision du collège de la Haute Autorité de santé nommée à partir des propositions des organisations syndicales nationales des fabricants et des distributeurs de produits mentionnés à l'article L. 165-1, et un suppléant, nommé dans les mêmes conditions ;

4° Une personnalité désignée par décision du collège de la Haute Autorité de santé nommée à partir des propositions des organisations syndicales nationales des prestataires de service mentionnés à l'article L. 165-1, et un suppléant, nommé dans les mêmes conditions.

II.-Participent, en tant que de besoin, avec voix consultative, aux travaux de la commission :

A.-Le directeur général de l'agence de la biomédecine ou son représentant, lorsque la commission examine l'inscription, le renouvellement ou la modification d'inscription des tissus et cellules issus du corps humain ;

B.- Le directeur central du service de santé des armées, lorsque la commission examine l'inscription, le renouvellement ou la modification d'inscription des orthoprothèses sur mesure, des chaussures orthopédiques et des véhicules pour handicapés physiques ;

C.-Quatre représentants des malades et usagers du système de santé, membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

III.-La commission entend, chaque fois que de besoin, un représentant du laboratoire national d'essai ou du centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés. Elle peut également entendre toute personne qualifiée ou tout expert dont elle juge l'audition utile.

## **Article R165-19**

Les délibérations de la commission ne sont valables que si au moins neuf de ses membres ayant

voix délibérative sont présents.

Les avis sont motivés et pris à la majorité des suffrages, le président ayant voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

## **Article R165-20**

La commission se réunit sur convocation de son président.

La commission élabore son règlement intérieur.

Son président peut faire appel à des rapporteurs extérieurs à la commission choisis sur une liste établie par elle et rendue publique.

Les membres de la commission et les rapporteurs sont soumis aux dispositions de l'article R. 161-85.

## **Article R165-21**

A la demande du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, ou du collège de la Haute Autorité de santé la commission donne un avis sur toute question touchant la prise en charge, les conditions de prescription et d'utilisation et les spécifications techniques relatives aux produits ou prestations prévus à l'article L. 165-1.

## **Article R165-22**

La Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé établit et diffuse, à son initiative ou à la demande du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de la sécurité sociale, du collège de la Haute Autorité de santé, du comité économique des produits de santé, de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, notamment les documents suivants :

1° Les documents d'information à l'usage des praticiens portant sur l'évaluation d'un produit ou d'une prestation ou sur la comparaison des produits ou prestations ayant les mêmes finalités ;

2° Les fiches d'informations thérapeutiques annexées aux arrêtés d'inscription des dispositifs particulièrement coûteux et dont la prise en charge est limitée à certaines indications prévues au dernier alinéa de l'article R. 165-1 ;

3° Les recommandations destinées aux prescripteurs et relatives à l'usage des produits et prestations.

## **Section 4 : Dispositions diverses relatives aux conditions de prise en charge**

### **Article R165-23**

L'arrêté d'inscription peut subordonner la prise en charge de certains produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 à une entente préalable de l'organisme de prise en charge, donnée après avis du médecin-conseil. L'accord de l'organisme est acquis à défaut de réponse dans le délai de quinze jours qui suit la réception de la demande d'entente préalable.

### **Article R165-24**

Le renouvellement des produits mentionnés à l'article L. 165-1 est pris en charge :

- si le produit est hors d'usage, reconnu irréparable ou inadapté à l'état du patient,
- et, pour les produits dont la durée normale d'utilisation est fixée par l'arrêté d'inscription, lorsque cette durée est écoulée ; toutefois, l'organisme peut prendre en charge le renouvellement avant l'expiration de cette durée après avis du médecin-conseil.

Les frais de renouvellement ou de réparation des produits mentionnés à l'article L. 165-1 ne peuvent être pris en charge qu'une fois leur délai de garantie écoulé.

### **Article R165-25**

Les organismes de prise en charge peuvent, après avis du médecin-conseil, décider de prendre en charge, sur facture, au vu d'un devis, un produit sur mesure, spécialement conçu, fabriqué ou adapté pour un patient déterminé sous réserve qu'aucun autre produit adapté à l'état de ce patient ne figure sur la liste prévue à l'article L. 165-1.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie adresse un rapport annuel concernant les décisions prises en application de l'alinéa précédent au président de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé. La commission émet un avis sur ce rapport qu'elle transmet aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et au collège de la Haute Autorité de santé.

## **Section 5 : Dispositions complémentaires relatives à certains dispositifs médicaux**

## **Article R165-26**

Les dispositions de la présente section sont applicables aux orthoprothèses sur mesure, aux prothèses oculaires et aux chaussures orthopédiques.

## **Article R165-27**

La prise en charge initiale par l'assurance maladie des dispositifs médicaux mentionnés à l'article R. 165-26 est subordonnée à leur prescription par un médecin justifiant d'une des spécialités suivantes :

- médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation fonctionnelle ;
- médecin spécialiste en orthopédie ou en rhumatologie ;
- s'agissant des prothèses oculaires, médecin spécialiste en ophtalmologie ou en chirurgie maxillo-faciale.

Les conditions de spécialité mentionnées aux alinéas précédents ne s'appliquent pas au renouvellement de ces dispositifs.

## **Article R165-28**

Les médecins du service médical de la caisse d'assurance maladie dont dépend l'assuré peuvent, après en avoir informé celui-ci, contrôler la bonne exécution et la bonne adaptation des appareils. Ce contrôle intervient également lorsque l'assuré en fait la demande auprès de la caisse.

Les opérations nécessaires au contrôle peuvent être réalisées à la demande du service médical de la caisse par un service ou organisme présentant les mêmes garanties de compétence et d'indépendance que le service médical de la caisse, dans le cadre d'une convention conclue avec ce service ou organisme.

## **Section 6 : Dispositions applicables en cas de non-respect du prix fixé en application de l'article L. 165-3.**

### **Article R165-31**

La notification des faits reprochés à la personne ayant facturé le produit ou la prestation, mentionnée au premier alinéa de l'article L. 165-3-1, précise que cette personne a un mois pour faire valoir ses observations écrites. Le délai court à compter de la réception de la notification.

L'assuré peut faire valoir ses observations dans un délai d'un mois à compter de la réception de la copie de la lettre de notification.

## Article R165-31-1

L'organisme d'assurance maladie a un mois, à compter de la réception des observations écrites de la personne ayant facturé le produit ou la prestation, pour la mettre en demeure le cas échéant de lui verser la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté.

A défaut d'observations écrites, le délai d'un mois mentionné à l'alinéa précédent court à compter de l'expiration du délai d'un mois prévu à l'article R. 165-31.

## Article R165-31-2

La mise en demeure est motivée. Elle indique le délai imparti pour verser à l'organisme d'assurance maladie la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté. Elle mentionne les voies et délais de recours qui lui sont applicables.

## Article R165-31-3

La pénalité financière mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 165-3-1 ne peut excéder deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur à la date du prononcé de la pénalité.

Elle est calculée en appliquant au dépassement du prix fixé mentionné à l'article L. 165-3 un taux fixé ainsi qu'il suit :

Dépassement < ou = 25 % du prix.	Pénalité = 120 % du dépassement.
Dépassement > 25 % et < ou = 50 % du prix.	Pénalité = 135 % du dépassement.
Dépassement > 50 % du prix.	Pénalité = 150 % du dépassement.

Lorsque la personne s'est déjà vu infliger une pénalité financière dans les deux ans précédents, l'organisme peut prononcer une pénalité majorée qui se calcule de la façon suivante :

Dépassement < ou = 25 % du prix.	Pénalité = 130 % du dépassement.
Dépassement > 25 % et < ou = 50 % du prix.	Pénalité = 145 % du dépassement.
Dépassement > 50 % du prix.	Pénalité = 160 % du dépassement.

## Section 7 : Dispositions relatives à la déclaration des produits et prestations prévue à l'article L. 165-5.

### Article R165-32

I.-La déclaration, prévue à l'article L. 165-5, des produits mentionnés à l'article L. 165-1 est effectuée soit par le fabricant ou, le cas échéant, son mandataire, soit par le distributeur au sens de l'article R. 5211-4 du code de la santé publique. Cette déclaration comprend :

1° Le ou les codes sous lesquels les produits sont inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

2° Le nom commercial du produit ;

3° La référence commerciale du produit ;

4° Le nom du fabricant ;

5° Le type de produit ;

6° Le cas échéant, la classe du dispositif médical au sens de l'article R. 5211-7 du code de la santé publique.

II.-La déclaration, prévue au même article L. 165-5, des prestations mentionnées à l'article L. 165-1 est effectuée par les distributeurs. Sont assujettis à cette obligation de déclaration les distributeurs dont l'activité consiste à titre principal à commercialiser ces prestations. Cette déclaration comprend le ou les codes sous lesquels les prestations sont inscrites sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ainsi que le nom du distributeur effectuant la déclaration.

III.-La déclaration prévue aux I et II est effectuée auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé par voie électronique, selon des modalités techniques définies et portées à la connaissance des intéressés par l'agence, permettant d'assurer la sécurité des informations transmises.

La déclaration est faite auprès de l'agence dans le délai de trois mois à compter de l'inscription, selon l'une des modalités prévues à l'article R. 165-3, du produit ou de la prestation sur la liste prévue à l'article L. 165-1, le cas échéant de la radiation de cette liste ou de toute modification portant sur l'un des éléments précédemment déclarés. S'agissant d'un produit ou d'une prestation correspondant à une description générique, l'inscription, pour l'application du présent article, est réputée effectuée à la date de première commercialisation du produit ou de la prestation comportant le ou les codes mentionnés aux I et II.

Les déclarations reçues par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé au titre des dispositions du présent article sont rendues publiques sur le site de l'agence.

## **Article R165-33**

Lorsqu'elle envisage d'infliger la pénalité financière prévue au deuxième alinéa de l'article L. 165-5, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé en informe soit le fabricant ou, le cas échéant, son mandataire, soit le distributeur du produit ou de la prestation intéressés, en précisant les motifs de sa décision. Cette information est transmise à son destinataire par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans le délai d'un mois à compter de la réception de cette lettre, son destinataire peut adresser des observations écrites à l'agence ou demander à être entendu par elle.

Le montant de la pénalité financière est déterminé en fonction de l'importance du manquement constaté, dans la limite de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le

distributeur du produit ou de la prestation au cours du dernier exercice clos pour le ou les produits ou prestations considérés.

Le fabricant ou, le cas échéant, son mandataire, le distributeur du produit ou de la prestation sont tenus de déclarer à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, sur demande de cette dernière, les éléments de chiffre d'affaires nécessaires à la détermination du montant de la pénalité.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé notifie soit au fabricant ou, le cas échéant, à son mandataire, soit au distributeur du produit ou de la prestation en cause et à l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, par lettre recommandée avec avis de réception, le montant de la pénalité, les motifs de la décision, le délai de règlement ainsi que les voies et délais de recours contre cette décision.

L'intéressé s'acquitte du montant de la pénalité financière dans un délai d'un mois à compter de la notification prévue ci-dessus auprès de l'agent comptable de l'organisme compétent mentionné à l'article L. 213-1.

Le règlement de la pénalité ne dispense pas le fabricant ou le distributeur d'effectuer la déclaration prévue à l'article L. 165-5. Dans le cas où il persiste pendant un an à manquer à cette obligation, il s'expose à la reconduction de la procédure de sanction.

En cas de défaut de paiement dans un délai d'un mois, la pénalité est recouvrée dans les conditions prévues à l'article 164 du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique.

Les montants versés à l'organisme compétent mentionné à l'article L. 213-1 sont répartis entre le régime général d'assurance maladie, le régime d'assurance maladie des professions agricoles et le régime social des indépendants, selon la clé de répartition fixée en application de l'article L. 162-37 du code de la sécurité sociale. L'agent comptable de cet organisme notifie à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale les montants perçus.

## **Section 8 : Dispositions relatives à la pénalité financière prévue à l'article L. 165-3**

### **Article R165-34**

I. # Si, au cours de l'exécution de l'étude de suivi du produit ou de la prestation prévue en vertu du 2° du II de l'article L. 165-3 par la convention conclue avec le comité économique des produits de santé, le fabricant, le distributeur ou l'organisation signataire constatent qu'ils rencontrent des difficultés ou que les délais de mise en œuvre ou de remise de l'étude ne pourront être respectés, ils en informent le comité dans les plus brefs délais.

A défaut, si le fabricant ou le distributeur n'a pas engagé ou n'a pas remis l'étude considérée dans les délais prévus, le manquement, mentionné au même II, à l'engagement qu'il a souscrit est constitué.

II. # Lorsque le fabricant, le distributeur ou l'organisation signataire a adressé l'information prévue au premier alinéa, le manquement est constitué si le fabricant ou le distributeur n'a pas engagé ou n'a pas remis l'étude à l'issue du délai supplémentaire accordé par le comité ou, si un délai supplémentaire a été refusé, à l'issue des délais fixés par la convention.

III. # Le manquement est aussi constitué lorsque l'étude de suivi remise ne comporte manifestement pas les éléments attendus aux termes de la convention.

## **Article R165-35**

I. # Lorsque le comité économique des produits de santé envisage de prononcer la pénalité prévue au II de l'article L. 165-3, il informe le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation de son intention de lui infliger une pénalité financière par lettre recommandée avec avis de réception ; cette lettre précise les motifs pour lesquels une pénalité est envisagée. Dans le délai d'un mois suivant la réception de cette information, le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation peut adresser des observations écrites au comité économique des produits de santé ou demander à être entendu par le comité.

Le montant de la pénalité financière est déterminé en fonction de la gravité du manquement constaté et, s'il s'agit d'une étude collective, en fonction de la responsabilité propre de chaque fabricant ou distributeur dans la réalisation du manquement. Ce montant ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur, durant les douze mois précédant la constatation du manquement, au titre des produits ou des prestations faisant l'objet de l'étude de suivi.

Les fabricants ou les distributeurs du produit ou de la prestation sont tenus de déclarer au comité économique des produits de santé les éléments de leur chiffre d'affaires nécessaires à la fixation de la pénalité.

II. # Le comité économique des produits de santé notifie au fabricant ou au distributeur du produit ou de la prestation par lettre recommandée avec avis de réception et à l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le montant de la pénalité, les motifs qui la justifient, le délai de règlement ainsi que les voies et délais de recours.

Le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation doit s'acquitter du montant de la pénalité financière dans un délai d'un mois auprès de l'agent comptable de l'organisme compétent mentionné à l'article L. 213-1.

En l'absence de paiement dans un délai d'un mois, la pénalité est recouvrée dans les conditions prévues à l'article 164 du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique.

III. # Les montants versés à l'organisme compétent mentionné à l'article L. 213-1 sont répartis entre le régime général d'assurance maladie, le régime d'assurance maladie des professions agricoles et le régime social des indépendants selon la clé de répartition fixée en application de l'article L. 162-37. L'agent comptable informe le comité économique des produits de santé et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale des montants perçus.

## **Chapitre 6 : Contrôle médical.**

### **Article R166-1**

Pour effectuer les contrôles prévus respectivement par les articles L. 162-29, L. 162-29-1 et L. 162-30, les praticiens conseils mentionnés à l'article R. 166-8 ont librement accès à tout établissement, service ou institution sanitaire ou médico-sociale recevant des bénéficiaires de l'assurance maladie.



Tous renseignements et tous documents administratifs d'ordre individuel ou général utiles à leur mission sont tenus à leur disposition par le directeur de l'établissement, du service ou de l'institution dans le respect des règles du secret professionnel.

Tous renseignements et tous documents d'ordre médical, individuel ou général sont tenus à leur disposition par les praticiens de l'établissement, du service ou de l'institution dans le respect des règles du secret professionnel et de la déontologie médicale.

Les praticiens conseils peuvent procéder à tout moment à l'examen des assurés et de leurs ayants droit. Les praticiens de l'établissement, du service ou de l'institution assistent à ces examens à leur demande ou à celle des praticiens conseils.

## **Article R166-2**

Lorsque le praticien conseil estime, après avoir recueilli l'avis du médecin responsable des soins, que la prise en charge par l'assurance maladie des frais exposés par un assuré ou l'un de ses ayants droit dans un établissement, un service ou une institution sanitaire ou médico-sociale n'est pas médicalement justifiée au jour de l'examen médical, l'organisme dont relève l'assuré refuse la prise en charge ou, le cas échéant, y met fin.

Lorsque le praticien conseil estime, après avoir recueilli l'avis du médecin responsable des soins, que le service ou le département dans lequel se trouve l'assuré ou son ayant droit n'est pas approprié à son état pathologique, l'organisme d'assurance maladie dont relève l'assuré limite la prise en charge au tarif de responsabilité du service ou du département de l'établissement le plus proche de sa résidence, ou le plus accessible, dans lequel le malade est susceptible de recevoir les soins appropriés à son état.

Lorsque le service ou le département dans lequel le bénéficiaire de l'assurance maladie est admis correspond au diagnostic prononcé lors de l'admission, le tarif de ce service s'applique jusqu'à la notification à l'assuré de la décision prise après que le médecin conseil a constaté que le service ou le département ne correspond plus aux soins appropriés à l'état du malade.

Dans le cas où la présence de l'assuré ou de son ayant droit dans un service ou un département qui ne correspond pas à son état résulte de circonstances de force majeure, il n'est pas fait application, pendant la période correspondant à ces circonstances, des dispositions du deuxième alinéa du présent article.

## **Article R166-3**

L'admission directe d'un bénéficiaire de l'assurance maladie dans un service de moyen ou de long séjour est subordonnée à l'accord de l'organisme d'assurance maladie dont il relève, donné après avis du service du contrôle médical.

Sans préjudice des dispositions de la section 4 du chapitre 4 du titre VII du présent livre, le service du contrôle médical est informé, sous quarante-huit heures, de l'admission des assurés ou de leurs ayants droit dans les services de soins à domicile, d'hospitalisation à domicile et, en cas de transfert, dans des services de moyen ou de long séjour.

#### **Article R166-4**

Les praticiens conseils procèdent périodiquement dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-29 et pour remplir la mission définie par cet article à l'examen de la situation des bénéficiaires de l'assurance maladie.

#### **Article R166-5**

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la Caisse nationale du régime social des indépendants et, à leur demande, les autres organismes nationaux d'assurance maladie obligatoire déterminent par voie de convention conclue entre eux la répartition entre services de contrôle des missions d'analyse d'activité qui doivent être effectuées dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-29.

En l'absence de convention, ces missions sont assurées par le service du contrôle médical de la caisse chargée du versement de la dotation globale instituée par l'article L. 174-1 ou, à défaut, par le service du contrôle médical de la caisse désignée par le directeur général de l'agence régionale de santé.

#### **Article R166-6**

L'étude de l'activité des services ou des départements des établissements entrant dans le champ d'application de l'article L. 162-29 est effectuée par le contrôle médical sur la base, notamment, des documents mis à la disposition des organismes d'assurance maladie en application des articles 27 et 46 du décret n° 83-744 du 11 août 1983 (1).

#### **Article R166-7**

Les observations que le service du contrôle médical désigné conformément aux dispositions de l'article R. 166-5 est appelé à formuler chaque année en application de l'article 35 du décret n° 83-744 du 11 août 1983 comportent ses appréciations sur l'activité des services ou des départements des établissements correspondants.

#### **Article R166-8**

Pour l'application du présent chapitre, les praticiens conseils chargés du contrôle médical comprennent les médecins conseils, les chirurgiens-dentistes conseils et les pharmaciens conseils.

## **Chapitre 7 : Tutelle aux prestations sociales**

### **Section 6 : Rôle des tuteurs - Contrôle de leur gestion et fonctionnement des services de tutelle**

#### **Article R167-31**

Les services de tutelle des établissements, associations et organismes agréés sont placés sous le contrôle du directeur départemental chargé de la cohésion sociale qui peut se faire présenter à tout moment la comptabilité et les pièces justificatives de dépenses.

Ce contrôle porte notamment sur l'autonomie financière des services de tutelle et le respect de l'affectation des personnels administratifs soit à plein temps, soit à temps partiel.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 - Dispositions applicables aux personnes exerçant des activités non salariées agricole et non agricole**

###### **Section 1 : Dispositions générales.**

###### **Article R171-1**

Le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 171-2 est pris sur le rapport du ministre chargé de l'agriculture, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

###### **Article R171-1-1**

Lorsque l'examen d'une demande de liquidation ou de révision d'une pension de retraite et de ses accessoires nécessite la prise en considération de périodes d'activité effectuées à l'étranger, le silence gardé pendant plus de quatre mois sur cette demande vaut décision de rejet.

###### **Section 2 : Dispositions communes à l'assurance vieillesse et à l'assurance invalidité.**

###### **Article R171-2**

Lorsque la majoration pour aide constante d'une tierce personne est susceptible d'être attribuée au

titre de plusieurs régimes d'assurance vieillesse ou invalidité auxquels l'assuré a été affilié successivement, alternativement, ou simultanément, elle est servie par celui de ces régimes qui lui ouvre droit au bénéfice de l'assurance maladie. Si plusieurs de ces régimes lui ouvrent droit au bénéfice de l'assurance maladie, la majoration lui est accordée par celui dans lequel l'intéressé a la plus longue durée d'assurance.

Lorsque l'assuré a droit à un avantage de même nature en application d'une autre législation, il ne perçoit que la fraction de la majoration prévue à l'article L. 355-1 qui excède cet avantage.

### **Section 3 : Dispositions applicables aux personnes exerçant des activités non salariées agricole et non agricole**

#### **Article R171-3**

I. - Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 171-3, l'activité principale non salariée des personnes exerçant une activité agricole et une activité non agricole est réputée être constituée par celle de ces activités :

1. A laquelle elles ont consacré, au cours de l'année civile précédant celle de la détermination de l'activité principale, la part la plus importante de leur temps de travail ;

Le temps consacré à chaque activité non salariée est déterminé sur la base de la déclaration faite par les intéressés. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture précise, en tant que de besoin, les indications qui doivent être fournies, à l'appui de la déclaration, pour justifier du temps exigé par chacune des activités ;

2. Et qui leur a procuré le revenu professionnel le plus élevé à prendre en compte pour le calcul de la contribution sociale généralisée due au titre de la même année civile.

II. - Si l'activité non salariée à laquelle la personne consacre le plus de temps est différente de celle dont elle tire le revenu professionnel le plus élevé, cette dernière est réputée constituer son activité principale.

III. - Le montant des recettes hors taxes tirées de chacune des activités non salariées au cours de l'année civile précédant la détermination de l'activité principale est pris en compte, aux lieu et place des revenus professionnels, dans les cas suivants :

1. L'exploitation de chacune des activités non salariées agricole et non agricole est déficitaire ;

2. Les revenus professionnels tirés de ces activités ou de l'une d'entre elles ne sont pas connus ;

3. Les revenus procurés par les activités non salariées agricole et non agricole font l'objet d'une

imposition unique dans la catégorie des bénéfices agricoles, des bénéfices industriels et commerciaux ou des bénéfices non commerciaux ;

4. En plus des revenus tirés d'activités non salariées agricole et non agricole faisant l'objet d'une imposition unique au titre des bénéfices industriels et commerciaux ou des bénéfices non commerciaux, il existe des revenus procurés par des activités agricoles et imposés dans la catégorie des bénéfices agricoles ; dans ce cas, la comparaison s'effectue entre les recettes résultant de l'activité non salariée non agricole et les recettes procurées par l'activité non salariée agricole imposables dans la catégorie des bénéfices agricoles auxquelles s'ajoutent les recettes tirées de l'activité agricole au sens des articles L. 722-1 à 722-3 du code rural et de la pêche maritime, imposables dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux ou des bénéfices non commerciaux.

### **Article R171-3-1**

Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 171-3 :

1° Est qualifiée de saisonnière l'activité limitée dans le temps correspondant à des tâches normalement appelées à se répéter chaque année aux mêmes périodes en fonction du rythme des saisons ou des modes de vie collectifs ;

2° Lorsque l'une des activités non salariées est exercée tout au long de l'année et l'autre saisonnière et que les revenus tirés de ces activités sont imposés dans la même catégorie fiscale, le rattachement au régime de l'activité principale s'effectue dans les conditions ci-après :

a) Si, pour l'application de l'article 75 du code général des impôts, les produits des activités accessoires imposables dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux et des bénéfices non commerciaux sont pris en compte pour la détermination des bénéfices agricoles, l'activité agricole est considérée comme l'activité principale et la personne ainsi imposée est en conséquence rattachée au régime des travailleurs non salariés agricoles ;

b) Si, pour l'application de l'article 155 du code général des impôts, les résultats de l'activité agricole sont retenus pour la détermination des bénéfices industriels et commerciaux, l'activité non salariée non agricole est considérée comme l'activité principale et la personne ainsi imposée est en conséquence rattachée au régime des travailleurs non salariés non agricoles.

Lorsque l'une des activités n'est pas exercée tout au long de l'année et que l'autre, tout en ne l'étant également pas, n'est pas saisonnière, il est fait application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 171-3.

### **Article R171-4**

Le silence gardé pendant plus d'un mois par la caisse que le travailleur non salarié a saisie d'une demande d'affiliation et à laquelle il a adressé les éléments nécessaires à la détermination de son

activité principale vaut décision d'acceptation.

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture précise les modalités d'application du présent article.

La détermination de l'activité principale prend effet à la date et dans les conditions prévues à l'article R. 615-6.

### **Article R171-5**

Les personnes se trouvant dans la situation prévue au troisième alinéa de l'article L. 171-3 le 29 avril 2001 et qui souhaitent continuer à être affiliées simultanément aux régimes correspondant à leurs activités non salariées agricole et non agricole dans les conditions prévues à cet alinéa doivent adresser une demande à chaque caisse ou organisme dont elles relèvent, à une date et selon des modalités fixées par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture. Cette option prend effet pour la détermination de leur activité principale dans les conditions prévues à l'article R. 615-6.

Cette option est reconduite tacitement à l'issue de chacune des périodes triennales prévues au deuxième alinéa de l'article R. 615-6 sauf dénonciation formulée un mois au préalable dans les mêmes formes et conditions. Cette dénonciation est définitive.

### **Article R171-6**

Si elle a exercé l'option prévue à l'article R. 171-5, est réputée exercer, à titre principal, une activité entraînant affiliation au régime de l'assurance maladie, invalidité et maternité des exploitants agricoles, la personne qui, outre cette activité, exerce simultanément au cours d'une année civile, une ou plusieurs activités entraînant affiliation au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, lorsque le revenu qu'elle tire de son activité agricole constitue plus de la moitié du total des revenus provenant de l'exercice des activités mentionnées au présent article.

Pour l'application de l'alinéa précédent, le revenu procuré par l'activité agricole est calculé par référence au revenu de l'exploitation type de la catégorie à laquelle appartient celle de l'intéressé ouvrant droit à l'intégralité des prestations familiales agricoles. Le revenu de cette exploitation type est réputé, pour ce calcul, équivaler au revenu professionnel annuel en deçà duquel la cotisation d'allocations familiales prévue à l'article R. 241-2 n'est pas due. Le revenu de l'exploitation considérée est déterminé en multipliant le revenu de l'exploitation type ainsi fixé par le chiffre exprimant le rapport entre l'importance de cette exploitation et celle de l'exploitation type.

## **Chapitre 2 : Coordination en matière d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès**

## **Section 2 : Coordination du régime agricole et des autres régimes**

### **Sous-section 1 : Dispositions générales.**

#### **Article R172-1**

Dans le cas où l'assuré a relevé successivement des régimes non agricole et agricole d'assurances sociales, ou inversement, le service et la charge des prestations incombent, sous réserve des conditions d'ouverture du droit aux prestations :

1°) à 3°) (alinéas abrogés)

4°) en ce qui concerne les prestations de l'assurance décès, au régime auquel l'assuré était affilié à la date du décès ;

5°) en ce qui concerne les prestations de l'assurance invalidité, au régime auquel l'assuré était affilié à la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité, ou de l'accident suivi d'invalidité, ou, à défaut à la date de la constatation médicale de l'état d'invalidité.

Si l'assuré a interrompu son activité pendant l'une des dates ci-dessus, le service et la charge des prestations incombent aux institutions du régime dont il relevait en dernier lieu.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, lorsque, lors de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou, à défaut, lors de la constatation médicale de l'état d'invalidité, l'assuré est passé depuis moins d'un an du régime agricole au régime non-agricole, ou inversement, la liquidation de ses droits au titre de l'assurance invalidité et la charge des prestations correspondantes incombent au régime dont l'assuré a relevé le plus longtemps, depuis une année de date à date. Les dispositions du présent alinéa ne sont pas applicables si l'invalidité est la conséquence d'un accident.

#### **Article R172-2**

Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations l'assuré doit justifier soit des conditions prévues aux articles L. 313-1, L. 313-2 et L. 341-2, lorsque le service et la charge des prestations incombent au régime de sécurité sociale des professions non agricoles, soit des conditions prévues à l'article 7 (1) du décret n° 50-444 du 20 avril 1950, lorsque le service et la charge des prestations incombent au régime agricole des assurances sociales.

#### **Article R172-3**



Pour l'appréciation du droit à prestations à l'égard de l'un des deux régimes agricole ou non-agricole, il est tenu compte :

1°) de la durée d'immatriculation à l'autre régime ;

2°) du temps de travail effectué dans une profession relevant de l'autre régime et du temps assimilé à un temps de travail pour l'ouverture du droit aux prestations à l'égard de cet autre régime.

#### **Article R172-4**

Les assurés titulaires d'une pension d'invalidité du régime général de sécurité sociale qui deviennent tributaires du régime agricole des assurances sociales, ou inversement, ne peuvent prétendre au bénéfice de l'assurance invalidité de leur nouveau régime que pour une invalidité ayant une autre origine que celle pour laquelle ils sont déjà pensionnés.

Il est tenu compte, dans ce cas, pour la détermination de leurs droits à une nouvelle pension, de leur degré total d'incapacité.

Pour l'application des dispositions de l'article L. 341-5 et du dernier alinéa du paragraphe 4 de l'article 1er du décret n° 51-727 du 6 juin 1951 modifié, il est tenu compte du total des deux pensions.

Les arrérages cumulés des deux pensions ne peuvent excéder le salaire perçu par un travailleur de la catégorie professionnelle à laquelle l'assuré appartenait en dernier lieu et, lorsque l'entrée en jouissance de la deuxième pension est postérieure au 1er octobre 1958, 50 % de ce salaire. Ils ne peuvent, toutefois, être inférieurs au montant de la plus élevée des deux pensions.

La pension servie par le dernier régime est réduite, s'il y a lieu, à concurrence de l'excédent.

#### **Article R172-5**

Les régimes spéciaux de sécurité sociale, au sens de l'article L. 711-1 sont assimilés au régime général de sécurité sociale pour l'application des articles R. 172-1 et R. 172-3, réserve faite des conditions spéciales d'ouverture du droit aux prestations. Lorsque les conditions d'ouverture du droit aux prestations exigées par la réglementation propre à un régime spécial ne permettent pas l'octroi des prestations dudit régime, celui-ci est tenu d'accorder les prestations prévues par le régime général dans les conditions prévues par ce dernier.

#### **Article R172-6**

Les assurés titulaires d'une pension d'invalidité au titre d'un régime spécial de sécurité sociale ne

peuvent prétendre, s'ils deviennent tributaires du régime agricole des assurances sociales, au bénéfice de l'assurance invalidité de ce régime, que pour une invalidité ayant une autre origine que celle pour laquelle ils sont déjà pensionnés. Il est tenu compte, dans ce cas, pour la détermination de leurs droits, de leur degré total d'incapacité.

## **Article R172-7**

Les assurés titulaires d'une pension d'un régime spécial de sécurité sociale acquise à un autre titre que l'invalidité peuvent prétendre, s'ils deviennent tributaires du régime agricole des assurances sociales, au bénéfice de l'assurance invalidité de ce régime s'ils remplissent les conditions fixées par ledit régime.

Toutefois, dans le cas mentionné à l'article précédent et à l'alinéa ci-dessus, il est tenu compte, pour l'application des dispositions du dernier alinéa du 4° de l'article 1er du décret n° 51-727 du 6 juin 1951 modifié, du total de la pension d'invalidité du régime agricole et de la pension du régime spécial.

Ce total ne peut, en aucun cas, excéder le salaire perçu par un travailleur valide de la catégorie professionnelle à laquelle l'assuré appartenait en dernier lieu.

La pension servie par le dernier régime est réduite, s'il y a lieu, à concurrence de l'excédent.

Ces dispositions sont également applicables à l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité au titre du régime agricole des assurances sociales, qui est ultérieurement admis au bénéfice d'une pension fondée sur la durée des services ou d'une pension d'invalidité, au titre d'un régime spécial. La pension d'invalidité du régime agricole est réduite, s'il y a lieu, à compter de la date d'entrée en jouissance de la pension du régime spécial.

## **Article R172-8**

Dans le cas où le travailleur relève simultanément du régime agricole et du régime non agricole des assurances sociales, le service des prestations éventuellement dues incombe :

1°) au régime non-agricole, lorsque l'assuré remplit les conditions d'ouverture du droit aux prestations exigées aux articles L. 313-1 et L. 341-2 compte tenu des seules périodes d'activité non agricole et des périodes de chômage involontaire constaté ;

2°) au régime agricole, lorsque l'assuré ne remplit pas les conditions prévues au 1° ci-dessus, mais remplit les conditions exigées à l'article 7 ou en application de l'article 8 (1) du décret n° 50-444 du 20 avril 1950, compte tenu des dispositions de l'article R. 172-3.

## **Article R172-9**

Les prestations y compris les prestations en espèces, sont liquidées conformément aux modalités applicables dans le régime qui en assure le service.

Le salaire servant de base au calcul des prestations en espèces est fixé compte tenu des rémunérations perçues à la fois du fait du travail agricole et du fait du travail non agricole.

Toutefois, le salaire servant de base au calcul des prestations en espèces dues à un assuré qui a été affilié successivement à un régime spécial de sécurité sociale et au régime agricole des assurances sociales ou inversement est fixé en ne tenant compte que des rémunérations perçues au cours des périodes d'affiliation au régime auquel incombe la charge desdites prestations.

## **Sous-section 2 : Dispositions applicables aux assurés titulaires de plusieurs pensions.**

### **Article R172-10**

Lorsqu'un assuré n'exerçant pas une activité salariée l'assujettissant à un régime de sécurité sociale, est titulaire d'une pension servie au titre du régime agricole des assurances sociales, et d'une ou plusieurs pensions servies au titre d'un ou plusieurs régimes de sécurité sociale, le régime de sécurité sociale auquel incombe la charge des prestations en nature de l'assurance maladie et, le cas échéant, des prestations en nature de l'assurance invalidité, est déterminé dans les conditions suivantes :

1°) si l'assuré est titulaire d'une pension acquise à titre personnel et d'une pension de réversion, les prestations en nature susvisées sont dues par le régime de sécurité sociale dont il relève du fait de la pension rémunérant ses services personnels ;

2°) si l'assuré est titulaire d'une pension d'invalidité et d'une pension acquise à un autre titre, les prestations sont dues par le régime de sécurité sociale dont il relève du fait de la pension d'invalidité ;

3°) si l'assuré est titulaire de deux pensions de même nature, les prestations sont dues par le régime de sécurité sociale dont il relève du fait de la pension calculée sur la base du plus grand nombre d'annuités. Si les deux pensions sont calculées sur la base du même nombre d'annuités, les prestations sont dues par le régime de sécurité sociale dont il relève du fait de la pension rémunérant les services accomplis en dernier lieu.

### **Article R172-11**

Les prestations en nature de l'assurance maladie et, le cas échéant, les prestations en nature de l'assurance invalidité sont à la charge exclusive du régime auquel l'assuré est affilié, en application de l'article R. 172-10.

## **Article R172-12**

Les dispositions de la présente sous-section ne sont pas applicables aux titulaires de pensions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre qui bénéficient des dispositions des articles L. 381-19 et suivants.

## **Section 3 : Coordination entre divers régimes**

### **Article R172-12-1**

Pour l'application par un régime d'assurance maladie et maternité des dispositions de l'article L. 172-1 A, la période d'activité accomplie dans un autre régime régi par le présent code ou par le code rural et de la pêche maritime est prise en compte selon les règles suivantes :

1° La durée d'affiliation ou d'immatriculation à un régime est assimilée à une durée d'affiliation ou d'immatriculation dans l'autre régime ;

2° Le montant de cotisations acquitté dans un régime est considéré comme acquitté dans l'autre régime. Les périodes de cotisation ou la durée de travail effectuées ainsi que les périodes et durées assimilées dans un régime sont considérées comme effectuées dans l'autre régime. Chaque journée d'affiliation à un régime de travailleurs non salariés est considérée comme équivalant à six heures de travail salarié.

### **Article R172-12-2**

Une attestation mentionnant les éléments prévus par l'article R. 172-12-1 est délivrée à la demande de la caisse chargée du service des prestations par les caisses des autres régimes concernés.

Toutefois, lorsque l'assuré a été bénéficiaire de l'un des revenus prévus par l'article L. 5421-2 du code du travail, il lui appartient d'adresser à la caisse chargée du service des prestations les pièces justifiant des périodes en cause.

### **Article R172-12-3**

Pour l'application de l'article L. 172-1 A, le service et la charge financière des prestations incombent :

1° En ce qui concerne les prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, au régime auquel était affilié l'assuré à la date des soins dont le remboursement est demandé ;

2° En ce qui concerne les prestations en espèces de l'assurance maladie, au régime auquel était affilié l'assuré au jour de l'interruption de travail ;

3° En ce qui concerne les prestations en espèces de l'assurance maternité, au régime auquel était affiliée l'assurée au début du repos prénatal ou à défaut au premier jour du neuvième mois précédant la date présumée de l'accouchement ;

4° En ce qui concerne les prestations en espèces servies en cas d'adoption, au régime auquel était affilié l'assuré le jour de l'arrivée de l'enfant dans le foyer ;

5° En ce qui concerne les prestations en espèces servies en cas de paternité, au régime auquel était affilié l'assuré le jour de l'accouchement de la mère.

Si l'assuré a interrompu son activité à la date considérée, le service et la charge financière des prestations incombent au dernier régime dont il relevait antérieurement.

## **Sous-section 1 : Détermination du régime d'assurance maladie applicable.**

### **Article R172-13**

Les dispositions de la présente sous-section sont applicables aux personnes qui peuvent prétendre simultanément au bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité à deux ou plusieurs des titres ci-après :

1°) (Supprimé) ;

2°) Ayant droit d'un assuré social décédé, conformément au premier alinéa de l'article L. 161-15 ;

3°) Personne divorcée et membres de sa famille à sa charge, conformément au deuxième alinéa de l'article L. 161-15 ;

4°) Ayant droit d'un assuré social décédé ou personne divorcée et membres de sa famille à sa charge, conformément au troisième alinéa de l'article L. 161-15 ;

5°) Membres de la famille des détenus inactifs et incarcérés depuis moins d'un an, conformément à l'article L. 161-12 ;

6°) Titulaire de l'allocation aux adultes handicapés, conformément à l'article L. 381-27 ;

7°) Bénéficiaire du troisième alinéa de l'article L. 311-5 et de l'article 77 du décret du 21 septembre 1950 susvisé ;

8°) Bénéficiaire de l'article L. 161-8.

### **Article R172-14**

Si l'application des dispositions énumérées à l'article R. 172-13 permet à une même personne de prétendre au bénéfice des prestations de deux ou plusieurs régimes différents, ces prestations lui

sont servies par celui de ces régimes qui est déterminé selon l'ordre [\*de priorité\*] suivant :

- 1°) régimes spéciaux prévus à l'article L. 711-1 ;
- 2°) régime général ou régime des assurances sociales agricoles ;
- 3°) régime de l'assurance maladie maternité des exploitants agricoles ;
- 4°) régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Si une personne peut prétendre simultanément au bénéfice des prestations du régime général et du régime des assurances sociales agricoles, les prestations lui sont servies soit par celui de ces régimes dont elle relevait avant de se trouver dans deux ou plusieurs des situations prévues à l'article R. 172-13, soit, à défaut, au titre du régime général.

### **Article R172-15**

Le régime qui est tenu de verser les prestations en application des dispositions de l'article R. 172-14 perçoit les cotisations correspondantes lorsque de telles cotisations sont prévues pour la couverture des prestations par la disposition législative au titre de laquelle celles-ci sont attribuées.

## **Sous-section 2 : Assurance invalidité.**

### **Article R172-16**

La présente sous-section fixe les conditions dans lesquelles sont ouverts et maintenus les droits aux prestations de l'assurance invalidité des personnes qui ont exercé successivement ou alternativement soit des activités relevant d'un régime de salariés et d'un régime de non salariés comportant la couverture du risque invalidité soit des activités relevant de plusieurs régimes de travailleurs non-salariés comportant chacun la couverture de ce même risque.

### **Article R172-17**

Les régimes entrant dans le champ de la coordination prévue à l'article précédent sont les suivants :

1° Régimes de salariés :

- a) Le régime général de sécurité sociale ;

b) Les régimes spéciaux de sécurité sociale ;

c) Le régime des assurances sociales des professions agricoles ;

2° Régimes de travailleurs non salariés :

a) Les régimes des travailleurs non salariés des professions non-agricoles;

b) Le régime des avocats ;

c) Le régime des travailleurs non salariés des professions agricoles ;

3° Le régime d'assurance invalidité des ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses, auquel la présente sous-section s'applique dans les mêmes conditions qu'aux régimes des travailleurs non salariés.

## **Article R172-18**

La charge [\*financière\*] et le service des prestations de l'assurance invalidité attribuées aux personnes mentionnées à l'article R. 172-16 incombent au régime dont relève l'activité exercée à la date de la constatation médicale de l'invalidité, dès lors que les intéressés, à défaut de satisfaire aux conditions prévues par la réglementation propre au régime dont ils sont devenus tributaires, remplissent les conditions définies à l'article R. 172-19 pour l'ouverture de leurs droits.

## **Article R172-19**

Pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance invalidité :

1° Le temps de travail effectué dans un régime de salariés est pris en compte dès lors qu'il ouvrirait droit aux prestations de l'assurance invalidité au titre de ce régime ou qu'il aurait pu y ouvrir droit si l'activité de l'intéressé s'était poursuivie dans les mêmes conditions de périodicité ;

2° Chaque journée d'affiliation à un régime de travailleurs non salariés est considérée comme équivalant à six heures de travail salarié ; il en est de même de toute période d'exercice d'une activité relevant de l'un desdits régimes lorsqu'elle est antérieure à la date à partir de laquelle l'affiliation à ce régime devient obligatoire ;

3° Toute période d'affiliation à l'un des régimes mentionnés à l'article R. 172-16 est assimilée à une période d'affiliation au régime auquel incombe la charge des prestations ; il en est de même de toute période d'exercice d'une activité relevant de l'un desdits régimes lorsqu'elle est antérieure à la date à

partir de laquelle l'affiliation à ce régime devient obligatoire, sous réserve de la justification par tous moyens de preuve de cette activité ;

4° Toute période de cotisations à l'un des régimes mentionnés à l'article R. 172-16 est assimilée à une période de cotisations au régime auquel incombe la charge des prestations.

### **Article R172-20**

Lorsque la pension d'invalidité du régime auquel incombe la charge de la pension est calculée en fonction du salaire ou du revenu professionnel, il n'est tenu compte que des salaires ou revenus perçus au cours des périodes d'exercice d'une activité relevant de ce régime.

### **Article R172-21**

Les assurés titulaires d'une pension d'invalidité au titre d'un régime de salariés qui viennent à exercer une activité relevant d'un régime de travailleurs non salariés, ou inversement, ne peuvent prétendre au bénéfice de l'assurance invalidité de leur nouveau régime que pour une invalidité ayant une autre origine que celle pour laquelle ils sont déjà pensionnés ou bien lorsque celle-ci résulte d'une aggravation de la précédente invalidité non susceptible d'être indemnisée au titre du premier régime.

Les mêmes dispositions sont applicables aux assurés titulaires d'une pension d'invalidité au titre d'un régime de travailleurs non salariés qui viennent à exercer une activité relevant d'un autre de ces régimes.

## **Section 4 : Dispositions diverses.**

### **Article R172-22**

Lorsqu'une personne peut prétendre simultanément au bénéfice des prestations d'un même régime au titre des articles L. 381-2 ou L. 741-7 et d'autres dispositions énumérées à l'article R. 172-15, les prestations sont servies par priorité au titre des articles L. 381-2 ou L. 741-7.

Si les articles L. 381-2 et L. 741-7 sont applicables, il est fait application de l'article L. 381-2.

Lorsque des cotisations doivent être versées, elles le sont au titre des dispositions en application desquelles sont servies les prestations.



## **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**

#### **Paragraphe 4 : Dispositions diverses.**

##### **Article R173-1**

Le régime général de sécurité sociale continue à assurer selon ses propres règles la liquidation des avantages de vieillesse dues par les régimes spéciaux de retraite, autres que ceux qui sont mentionnés à la sous-section 2 de la présente section, aux assurés et aux conjoints survivants d'assurés qui ont été affiliés successivement, alternativement ou simultanément à un ou plusieurs de ces régimes et au régime général de sécurité sociale.

Le régime général est tenu de fournir aux régimes spéciaux de retraite auxquels il incombe de liquider directement et de servir des avantages de vieillesse au moins égaux à ceux du régime général, et à la demande de ces régimes, tous éléments d'information de nature à faciliter cette liquidation.

Les frais de gestion, résultant pour le régime général de l'application du présent article, lui sont remboursés par les régimes spéciaux concernés, dans les conditions fixées par décret.

### **Section 2 : Coordination en matière d'assurance vieillesse entre le régime agricole et les autres régimes.**

##### **Article R173-2**

La décision de reconnaissance d'un état d'inaptitude au travail prise soit au titre du régime non agricole des salariés, soit au titre du régime agricole des salariés est valable pour l'autre régime. La décision est prise dans le cadre du régime auquel l'assuré cotisait à la date où son compte a été arrêté.

## **Article R173-3**

Lorsqu'un assuré tributaire d'un régime spécial de retraite au sens de l'article R. 711-1 est admis à effectuer sous ce régime des versements rétroactifs pour des périodes ayant donné lieu au versement de cotisations du régime obligatoire des assurances sociales agricoles, la fraction des cotisations affectée à la couverture du risque vieillesse est annulée à l'égard de ce dernier régime et versée à la collectivité ou à l'établissement qui emploie l'assuré pour être affectée, s'il y a lieu, à sa caisse de retraite.

La part correspondant aux cotisations personnelles de l'assuré est déduite par ladite collectivité ou ledit établissement des versements rétroactifs que l'intéressé doit effectuer au titre du régime spécial.

L'annulation de versements prévue au présent article est opérée par la caisse centrale de secours mutuels agricoles à la demande de l'Etat, de l'établissement ou de la collectivité intéressé.

## **Article R173-3-1**

Lorsqu'un assuré relève ou a relevé successivement ou simultanément du régime général de sécurité sociale et d'au moins l'un des régimes de protection sociale des professions agricoles, son droit au bénéfice des dispositions de l'article L. 351-1-4 du présent code et de l'article L. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime est apprécié par le régime au titre duquel a été reconnue l'incapacité permanente définie au I de ces articles. Cette règle est également applicable lorsqu'un assuré relève ou a relevé successivement ou simultanément du régime des assurances sociales agricoles et du régime de l'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles.

Lorsque l'assuré justifie d'au moins deux incapacités permanentes reconnues l'une par le régime général, l'autre par l'un des régimes de protection sociale des professions agricoles, la caisse compétente pour apprécier le droit à retraite est celle du régime au titre duquel a été reconnu le taux d'incapacité le plus élevé. En cas d'identité des taux, la caisse compétente est celle du régime ayant reconnu le taux d'incapacité permanente en dernier lieu.

## **Section 3 : Coordination en matière d'assurance vieillesse entre divers régimes**

### **Sous-section 1 : Dispositions générales.**

## **Article R173-4**

Les avantages de vieillesse dus par le régime général de sécurité sociale aux assurés et aux conjoints survivants d'assurés ayant été affiliés successivement, alternativement ou simultanément à ce

régime et à un ou plusieurs autres régimes de retraite entrant dans le champ d'application de la sous-section 3 de la section 1 du chapitre 2 du présent titre, des sous-sections 1 et 2 de la section 1 du présent chapitre, du décret n° 51-820 du 27 juin 1951 et du décret n° 58-436 du 14 avril 1958 sont déterminés à l'exception du taux applicable au salaire annuel de base pour la détermination duquel il est fait application des dispositions de l'article R. 351-27, sur la base des seules périodes d'assurance valables au regard dudit régime.

Sauf dans le cas prévu au premier alinéa de l'article R. 173-1, le régime général est tenu de faire connaître aux autres régimes de retraite dont l'assuré a relevé la date à laquelle il a reçu la demande de liquidation présentée par celui-ci ou par son conjoint survivant, dès réception de cette demande.

Il est également tenu de faire connaître aux régimes concernés, après liquidation des avantages de vieillesse dont la charge lui incombe, la date d'effet, le montant et les éléments de calcul de ces avantages, notamment le nombre de trimestres pris en compte pour ce calcul.

### **Article R173-4-1**

Lorsqu'un assuré relève ou a relevé successivement, alternativement ou simultanément du régime général de sécurité sociale, des régimes de salariés et d'exploitants agricoles et des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, la demande de liquidation des droits à pension, directs ou dérivés, est adressée, au moyen d'un imprimé unique conforme à un modèle fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture, à l'un des régimes précités, dit régime d'accueil, au choix de l'intéressé.

Au sein du régime d'accueil, la caisse chargée de la réception de la demande unique de retraite et du contrôle de sa recevabilité est la caisse compétente en vertu des règles propres à chaque régime.

L'imprimé de demande unique de retraite mentionné au premier alinéa doit être disponible dans toutes les caisses des régimes concernés, accompagné d'une notice précisant les règles de compétence mentionnées au deuxième alinéa.

Le régime d'accueil est tenu de communiquer aux autres régimes, dits régimes-partenaires, les copies de l'imprimé unique et, le cas échéant, des pièces justificatives nécessaires à la liquidation des droits qui leur incombent.

### **Article R173-4-2**

Dans le cas où l'assuré a relevé de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, de celui des salariés agricoles, de celui des non-salariés du commerce ou de l'artisanat pour la partie de la carrière accomplie depuis le 1er janvier 1973, ou d'au moins deux de ces régimes, la majoration de sa durée d'assurance prévue au 2° de l'article R. 351-7 applicable au titre de chacun de ces régimes ne peut excéder le produit des deux termes suivants :

- la différence entre la limite prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1 et la durée totale

d'assurance de l'assuré, avant majoration, dans ces régimes ;

- le rapport entre la durée d'assurance accomplie dans ce régime, avant majoration, et la durée totale d'assurance accomplie par l'assuré dans l'ensemble de ces régimes avant majoration.

Le nombre total de trimestres ainsi obtenu au titre de chaque régime est arrondi, s'il y a lieu, soit à l'entier supérieur si la première décimale de ce nombre est égale ou supérieure à 5, soit à l'entier inférieur dans le cas contraire. En cas de décimales égales entre régimes, ce nombre est arrondi à l'entier supérieur pour le régime où la durée d'assurance, avant majoration, est la plus élevée et à l'entier inférieur pour l'autre ou les autres régimes.

### **Article R173-4-3**

Lorsque l'assuré a acquis, dans deux ou plusieurs des régimes d'assurance vieillesse mentionnés par l'article L. 200-2 et au 2° de l'article L. 611-1 ainsi que par l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, des droits à pension dont le montant est fixé sur la base d'un salaire ou revenu annuel moyen soumis à cotisations, le nombre d'années retenu pour calculer ce salaire ou revenu est déterminé, pour les pensions prenant effet postérieurement au 31 décembre 2003, en multipliant le nombre d'années fixé dans le régime considéré, par les articles R. 351-29 et R. 351-29-1 ou R. 634-1 et R. 634-1-1, par le rapport entre la durée d'assurance accomplie au sein de ce régime et le total des durées d'assurance accomplies dans les régimes susvisés. Ces durées sont arrêtées au dernier jour du trimestre civil précédant l'entrée en jouissance de la pension.

Le nombre d'années ainsi obtenu est arrondi, pour chaque régime, au nombre d'années le plus proche sans que ce nombre puisse être inférieur à 1. La fraction d'année égale à 0,5 est comptée pour une année.

Le nombre d'années retenu ne peut excéder celui qui résulterait de l'application des seules dispositions prévues par les articles R. 351-29 et R. 351-29-1 ou R. 634-1 et R. 634-1-1.

## **Sous-section 2 : Pensions portées au minimum.**

### **Article R173-5**

L'inachèvement des opérations nécessaires à la détermination, en application de l'article L. 173-2, du montant de la majoration de pension prévue à l'article L. 351-10 à laquelle l'assuré peut prétendre ne peut avoir pour effet de reporter la date de versement de la pension principale.

Cette pension principale est complétée, le cas échéant, par les majorations prévues à l'article L. 351-1-2, au deuxième alinéa de l'article L. 351-1-3, à l'article L. 351-12, au premier alinéa de l'article L. 351-13 et par la rente des retraites ouvrières et paysannes prévue à l'article 115 de l'ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles.

## **Article R173-6**

Lorsque le montant mensuel de la majoration prévue à l'article L. 351-10 à laquelle peut prétendre l'assuré avant application des dispositions de l'article L. 173-2 est au moins égal à un seuil fixé dans les conditions prévues au troisième alinéa du présent article par arrêté des ministres chargés respectivement de la sécurité sociale et du budget, il est procédé, sans attendre l'achèvement des opérations de détermination du montant mensuel de ladite majoration par application des dispositions de l'article L. 173-2, au versement d'une avance à l'assuré. Cette avance est égale au montant de la majoration à laquelle il peut prétendre avant application des dispositions de l'article L. 173-2.

Lorsque le montant de cette majoration a été définitivement établi conformément aux dispositions de l'article L. 173-2, il est procédé en tant que de besoin à une régularisation des droits de l'assuré.

Le seuil mentionné au premier alinéa du présent article ne peut être fixé à un niveau inférieur à 10 % ni supérieur à 20 % du montant de la majoration prévue à l'article L. 351-10, attribuée à raison de la durée maximale d'assurance mentionnée au premier alinéa de l'article R. 351-6 et validée en contrepartie de cotisations à la charge de l'assuré.

## **Article R173-7**

Pour l'application des dispositions de l'article L. 173-2, les 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, sont appréciées selon les modalités et dans les conditions fixées par les articles R. 815-18 à R. 815-20 et R. 815-22. Toutefois, il n'est pas tenu compte des majorations de pensions lorsqu'elles sont attribuées au titre des périodes d'assurance validées, par des cotisations à la charge de l'assuré, après l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1 et au-delà de la durée d'assurance maximale mentionnée au deuxième alinéa de ce même article.

Les montants des pensions personnelles de retraite à prendre en compte pour l'attribution de la majoration sont ceux afférents au mois civil de la date d'effet de celle-ci. Il est tenu compte du montant théorique des arrérages dus au titre de ce mois, abstraction faite des rappels effectivement payés au cours de celui-ci.

## **Article R173-8**

La majoration résultant de l'article L. 351-10 est due à compter du premier jour du mois suivant la date à laquelle les conditions d'attribution mentionnées aux articles L. 173-2 et L. 351-10-1 sont remplies. Lorsque ces conditions sont remplies le premier jour d'un mois, elle est due à compter de ce jour.

Elle est révisée lorsque le montant des avantages personnels de retraite a varié par rapport au montant déterminé selon les modalités prévues à l'article R. 173-7. Cette révision prend effet au premier jour du mois au cours duquel la modification de ce montant a pris effet. Le montant du plafond auquel le total des pensions mentionné à l'article L. 173-2 est comparé est celui en vigueur lors de l'entrée en jouissance de cette majoration, revalorisé, le cas échéant, dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1.

### **Sous-section 3 : Majorations de durée d'assurance accordées au titre des enfants**

#### **Article R173-15**

Les majorations de durée d'assurance prévues à l'article L. 351-4 sont accordées, par priorité, par le régime général de sécurité sociale lorsque l'assuré a été affilié successivement, alternativement ou simultanément à ce régime et aux régimes de protection sociale agricole, des professions artisanales, des professions industrielles et commerciales, des professions libérales, des avocats ou des ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.

Lorsque l'intéressé a été affilié successivement, alternativement ou simultanément à un ou plusieurs des régimes mentionnés à l'alinéa précédent à l'exception du régime général, les majorations de durée d'assurance sont accordées par le régime auquel l'intéressé a été affilié en dernier lieu et, subsidiairement, en cas d'affiliations simultanées, par le régime susceptible d'attribuer la pension la plus élevée.

Lorsque l'intéressé a été affilié successivement, alternativement ou simultanément à un ou plusieurs des régimes mentionnés au premier alinéa ci-dessus et à un régime spécial de retraite prévoyant une majoration de durée d'assurance au titre de l'accouchement, de la grossesse, de l'adoption ou de l'éducation d'un enfant, cette majoration est accordée en priorité par le régime spécial si celui-ci est susceptible d'accorder en vertu de ses propres règles une pension à l'intéressé. Toutefois, pour l'assuré comptant moins de quinze années de versement de cotisations ou de périodes assimilées au titre du décret n° 90-1215 du 20 décembre 1990 modifié relatif au régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires et qui a été affilié soit à un seul des régimes mentionnés au premier alinéa, soit à plusieurs de ces régimes, la majoration n'est pas accordée par le régime spécial dès lors que l'intéressé justifie dans l'autre régime ou l'un des autres régimes concernés d'une durée d'affiliation supérieure à celle du régime spécial. Dans le cas où cette personne justifie dans plusieurs des régimes mentionnés au premier alinéa d'une durée d'affiliation supérieure à celle du régime spécial, la majoration est accordée par le régime qui est prioritaire en application des règles édictées aux premier et deuxième alinéas.

Si les droits à pension statutaire ont été liquidés avant la naissance d'un ou plusieurs enfants, il est fait application des règles de priorité prévues aux premier et deuxième alinéas ci-dessus.

De même lorsque le régime spécial est en concurrence avec les régimes de base mentionnés aux premier et deuxième alinéas ci-dessus et qu'il est tenu de servir une pension proportionnelle de vieillesse calculée selon les règles du régime général au titre de la coordination, il est fait application des règles édictées auxdits alinéas et donnant compétence prioritairement au régime général ou, à défaut, au régime de la dernière affiliation et subsidiairement, en cas d'affiliations simultanées, au régime susceptible d'attribuer la pension la plus élevée. La majoration de durée d'assurance susceptible d'être mise à la charge du régime spécial, dans les cas où la prise en charge de cette majoration lui incombe en vertu des règles de priorité ci-dessus, est celle prévue à l'article L. 351-4.

Les dispositions du présent article sont applicables à la majoration de durée d'assurance des assurés sociaux ayant élevé un enfant handicapé lorsqu'elle est prévue dans les régimes qui y sont mentionnés. Toutefois, lorsque ces assurés ont été affiliés successivement, alternativement ou simultanément à deux ou plusieurs régimes spéciaux ainsi que, le cas échéant, à un ou plusieurs des

régimes mentionnés au premier alinéa, la majoration de durée d'assurance est accordée par le régime spécial auquel l'intéressé a été affilié en dernier lieu, et, en cas d'affiliations simultanées, par le régime spécial susceptible d'attribuer la pension la plus élevée.

## **Article R173-15-1**

I.-L'option ou le désaccord mentionnés aux II et III de l'article L. 351-4 sont exprimés par une déclaration conforme à un modèle défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

II.-Lorsqu'il y a accord entre les parents sur le bénéficiaire de la majoration ou la répartition entre eux de cet avantage, cette déclaration est adressée, au choix des parents, à la caisse du régime ou d'un des régimes dont relève ou a relevé en dernier lieu la mère ou le père.

III.-Lorsqu'il y a désaccord, le parent qui souhaite en faire état adresse sa déclaration à la caisse du régime dont il relève ou a relevé en dernier lieu ou, en cas d'affiliations simultanées, à l'un ou l'autre des régimes au choix de l'intéressé. La caisse compétente pour arbitrer le désaccord est la caisse du régime dont relève ou avait relevé en dernier lieu le père à la date de manifestation du désaccord. En cas d'affiliations simultanées du père, le régime compétent est le premier cité parmi les régimes mentionnés au premier alinéa de l'article R. 173-15.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, lorsque le père n'a pas la qualité d'assuré social d'un des régimes mentionnés au premier alinéa de l'article R. 173-15, la caisse compétente pour recevoir la déclaration et arbitrer le désaccord mentionnés par l'alinéa précédent est celle du régime dont relève ou a relevé en dernier lieu la mère. En cas d'affiliations simultanées de la mère, ce régime est le premier cité parmi les régimes mentionnés au premier alinéa de l'article R. 173-15.

IV.-Dans le délai de quatre mois suivant le dépôt de la déclaration prévue au I et des pièces justificatives nécessaires à son instruction, la caisse informe les parents de sa décision. Lorsqu'un des parents relève d'un ou plusieurs autres régimes mentionnés au premier alinéa de l'article R. 173-15 que celui dont elle est en charge, elle en informe aussi lesdits régimes.

V.-La demande du père d'un enfant né ou adopté avant le 1er janvier 2010 de bénéficier de tout ou partie des majorations prévues aux II et III de l'article L. 351-4 est adressée à la caisse d'assurance vieillesse du régime dont il relève à la date de sa manifestation ou du dernier régime dont il a relevé et, en cas d'affiliations simultanées, de l'un ou l'autre des régimes au choix de l'intéressé.

Dans le délai de quatre mois suivant le dépôt de cette demande et des pièces justificatives nécessaires à son instruction, la caisse informe de sa décision les parents et, le cas échéant, les autres régimes mentionnés au premier alinéa de l'article R. 173-15 dont ceux-ci relèvent.

## **Article R173-16**

La majoration de durée d'assurance prévue, en faveur des pères et mères de famille, à l'article L. 351-5 est accordée par le régime général lorsque l'assuré a relevé successivement, alternativement ou simultanément de ce régime et du régime des salariés agricoles.

## **Sous-section 4 : Pension de réversion.**

## **Article R173-17**

Lorsqu'un assuré a relevé de deux ou plusieurs des régimes d'assurance vieillesse mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 621-3, ainsi qu'à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, les pensions de réversion que son conjoint survivant peut percevoir de chacun d'eux, compte tenu des ressources mentionnées au premier alinéa de l'article L. 353-1 ou au premier alinéa de l'article L. 732-41 du code rural et de la pêche maritime, lui sont versées sous réserve que leur total, majoré de ces ressources, n'excède pas le plafond applicable en vertu du dernier alinéa de l'article L. 353-1.

Lorsque cette condition n'est pas satisfaite, le dépassement constaté est imputé sur chacune de ces pensions à due concurrence du rapport entre le montant de cette pension et le montant total de ces pensions.

Le régime chargé de procéder à la comparaison prévue au premier alinéa, d'adresser aux autres régimes les informations nécessaires à l'application du deuxième alinéa et d'appliquer les dispositions de l'article R. 353-1-1 est :

- a) Celui auprès duquel l'assuré décédé disposait de la plus longue durée d'assurance ;
- b) Lorsque les durées d'assurance les plus longues sont identiques, celui auquel l'assuré décédé a été affilié en dernier lieu ;
- c) Lorsque l'assuré décédé a été affilié en dernier lieu à au moins deux des régimes mentionnés au premier alinéa, celui auprès duquel le conjoint survivant a droit à la plus élevée des pensions de réversion déterminées en application du deuxième alinéa de l'article L. 353-1 ou du deuxième alinéa de l'article L. 732-41 du code rural et de la pêche maritime.

Le régime mentionné au troisième alinéa reçoit des autres régimes l'information sur les montants des pensions de réversion déterminées en application du deuxième alinéa de l'article L. 353-1 ou du deuxième alinéa de l'article L. 732-41 du code rural et de la pêche maritime.

## **Article R173-17-1**

Lorsqu'un assuré a relevé de deux ou plusieurs des régimes d'assurance vieillesse mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 621-3 du présent code ainsi qu'à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, le calcul de la majoration de la pension de réversion que son conjoint survivant peut percevoir de chacun d'eux est effectué par un seul de ces régimes, déterminé selon les modalités prévues à l'article R. 173-17 ou, lorsque la durée d'assurance de l'assuré décédé ou disparu n'est pas connue dans au moins l'un de ces régimes, conformément au c de cet article.

Ce régime reçoit des autres régimes mentionnés à l'alinéa précédent l'information sur les montants des majorations de pensions de réversion déterminées en application du premier alinéa de l'article L. 353-6 du présent code ou du premier alinéa de l'article L. 732-51-1 du code rural et de la pêche maritime. Il calcule le total de ces majorations et des avantages personnels de retraite et de réversion du conjoint survivant servis par les régimes légaux ou rendus obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que par les régimes des organisations internationales, appréciés conformément à l'article R. 353-12 du présent code et à l'article D. 732-100-2 du code rural et de la pêche maritime.

Lorsque ce total excède le plafond fixé par les décrets prévus par l'article L. 353-6 du présent code



et l'article L. 732-51-1 du code rural et de la pêche maritime, le dépassement constaté est déduit du montant de chacune de ces majorations à due concurrence du rapport entre le montant de la pension de réversion à laquelle la majoration est afférente et le montant total des pensions de réversion mentionnées au précédent alinéa. Le régime chargé du calcul des majorations fait connaître aux autres régimes mentionnés au premier alinéa le montant de la déduction qui leur revient.

## **Sous-section 6 : Bénéficiaires de l'indemnité de soins aux tuberculeux.**

### **Article R173-18**

Lorsqu'un assuré a relevé, successivement ou simultanément, du régime général de sécurité sociale et d'un ou plusieurs autres régimes mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 161-21, le régime compétent pour valider les périodes définies au premier alinéa dudit article est celui auquel incombe l'assimilation des périodes de mobilisation ou de captivité prévu à l'article L. 161-19 ou à défaut, celui auquel était affilié l'intéressé antérieurement à l'attribution 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. Lorsqu'il y a concurrence entre plusieurs régimes de retraite, le régime compétent est celui auprès duquel l'intéressé justifie de la plus longue durée d'assurance.

## **Sous-section 9 : Bénéficiaires de l'allocation de préparation à la retraite**

### **Article R173-19**

En cas de cessation simultanée d'activités relevant de régimes de retraite de base obligatoires différents, la prise en compte des périodes de perception 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) modifiée incombe au régime au titre duquel l'assuré justifie de la plus longue durée d'assurance à la date de cessation de ses activités. Lorsque l'assuré justifie de la même durée d'assurance dans plusieurs régimes, il lui appartient de choisir le régime au titre duquel il souhaite que soient validées les périodes de perception de l'allocation de préparation à la retraite.

## **Chapitre 4 : Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements**

### **Section 1 : Frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et de l'article L.**

## **162-22-6 et à l'article L. 162-22-16**

### **Sous-section 1 : Dotation annuelle de financement.**

#### **Article R174-1**

Le règlement aux établissements de la dotation annuelle de financement, fractionnée en douze allocations mensuelles, est assuré par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Aucune des allocations mensuelles ne peut être inférieure au vingt-quatrième ni supérieure au huitième du montant total de la dotation annuelle de financement. Le montant de chacune des allocations est déterminé en fonction de l'évolution des besoins de trésorerie des établissements de santé.

Le règlement de chaque allocation mensuelle est effectué en une ou plusieurs fois entre le 15 du mois courant et, au plus tard, le 15 du mois suivant. Toutefois, le total des sommes versées entre le 15 et le dernier jour du mois courant ne peut être inférieur à 60 % de l'allocation mensuelle considérée.

Les mesures d'exécution du présent article sont prises par arrêtés des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget. Elles peuvent varier en fonction des types d'activité des différents établissements.

#### **Article R174-1-1**

Les régimes d'assurance maladie paient chaque mois à la caisse nationale dont relève l'organisme chargé du versement de la dotation annuelle de financement une participation aux règlements effectués en application de l'article R. 174-1-4.

La participation mensuelle des différents régimes d'assurance maladie est calculée au prorata de la répartition entre ces régimes pour le dernier exercice clos de la somme des dotations annuelles de financement versées aux établissements publics de santé et aux établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6.

#### **Article R174-1-2**

La répartition de la dotation annuelle de financement entre les régimes d'assurance maladie et les risques est effectuée au prorata du nombre de journées d'hospitalisation prises en charge par chaque régime au titre de chaque risque, et corrigée par application de coefficients qui tiennent compte du

coût des journées d'hospitalisation prises en charge. Ces coefficients sont fixés par un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, du budget et de la défense, pris après avis de la commission prévue à l'article R. 174-1-4.

### **Article R174-1-3**

La caisse chargée du versement de la dotation annuelle de financement établit pour chaque établissement un état faisant apparaître la répartition des journées, d'une part, entre les différents régimes d'assurance maladie débiteurs et, d'autre part, entre les risques couverts.

L'état de répartition visé, le cas échéant, par l'agent comptable de la caisse précitée est transmis par le directeur à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à la caisse nationale dont relève l'organisme, avant le 1er mars de l'année suivant celle à laquelle il se rapporte.

Le modèle d'état de répartition est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget.

### **Article R174-1-4**

Il est institué une Commission nationale de répartition des charges des dotations annuelles de financement hospitalières.

Cette commission est présidée par un magistrat de la Cour des comptes désigné par le premier président de la Cour des comptes et comprend un représentant de chacun des régimes d'assurance maladie ayant une organisation financière propre. Les membres titulaires et suppléants de la commission sont nommés par arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale, de la défense et de l'agriculture. Chacun de ces ministres est représenté par un commissaire du Gouvernement.

La commission fixe à l'unanimité, avant le 15 décembre de l'année suivant celle à laquelle elle se rapporte, la répartition des charges des dotations annuelles de financement hospitalières entre les régimes d'assurance maladie et les risques au vu d'un état établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie de travailleurs salariés sur la base des documents mentionnés à l'article R. 174-1-3.

A défaut d'accord au sein de la commission, la répartition est fixée par arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale, de la défense et de l'agriculture.

### **Article R174-1-5**

Les opérations financières effectuées en application des articles R. 174-1-1 et R. 174-1-4 sont retracées dans les écritures de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

## **Article R174-1-6**

Les établissements de santé font parvenir à la caisse chargée du versement de la dotation annuelle de financement les informations nécessaires à la répartition de celle-ci entre les régimes et les risques ainsi qu'à la gestion des assurés. La nature, la périodicité et le mode de présentation de ces informations sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget.

## **Article R174-1-9**

Les règlements effectués par les organismes d'assurance maladie au titre des facturations relatives aux prestations effectuées antérieurement à l'exercice à partir duquel les établissements entrent dans le champ d'application des dispositions de l'article L. 174-1 viennent en déduction des versements prévus audit article ainsi qu'à l'article R. 6145-26 du code de la santé publique.

Le règlement du solde de la dotation de l'exercice précédent vient en déduction des versements mensuels prévus à l'article R. 174-1 ainsi qu'à l'article R. 6145-36 du code de la santé publique.

## **Article R174-2**

Chaque année, dans un délai de quinze jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget arrêtent, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, le montant de l'objectif de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1.

Dans un délai de quinze jours suivant la publication de cet arrêté, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent les dotations régionales mentionnées au même article.

## **Sous-section 3 : Dispositions diverses.**

### **Article R174-4**

Pour les assurés sociaux qui attestent de leur identité, conformément aux dispositions de l'article L. 162-21, et de l'ouverture de leurs droits aux prestations de l'assurance maladie grâce à leur carte électronique individuelle mentionnée à l'article L. 161-31, sous réserve que cette carte réponde aux conditions de validité prévues à cet article, les établissements sont dispensés de la demande de prise en charge.

Pour les assurés sociaux, qui ne satisfont pas aux conditions prévues au premier alinéa, la demande

de prise en charge des frais d'hospitalisation et de soins est adressée par l'établissement à la caisse chargée des versements mentionnés à l'article R. 174-1. La caisse transmet la demande de prise en charge à l'organisme dont relève l'assuré pour le versement des prestations, qui notifie sa décision à l'établissement de santé ainsi qu'à la caisse mentionnée au premier alinéa de l'article R. 174-1.

En cas de refus total ou partiel de prise en charge, la décision est également notifiée à l'assuré par l'organisme dont il relève.

## **Section 2 : Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les unités ou centres de long séjour.**

### **Article R174-3-1**

Les modalités d'application des articles 52-1 et 52-2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée sont fixées par le décret n° 83-744 du 11 août 1983 modifié.

### **Article R174-3-2**

Pour les dépenses de soins comprises dans le forfait annuel global de soins, la participation des assurés sociaux est supprimée.

## **Section 3 : Forfait journalier.**

### **Article R174-5**

Le forfait journalier institué à l'article L. 174-4 est déterminé compte tenu du coût journalier moyen d'hébergement. Son montant qui ne peut excéder la moitié de ce coût est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie, des finances et du budget.

### **Article R174-5-1**

Le montant du forfait journalier applicable en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie d'un établissement de santé ne peut excéder 75 % du montant du forfait fixé en application de l'article R. 174-5.

## **Article R174-5-2**

Pour les appartements de coordination thérapeutique, le montant du forfait journalier ne peut excéder 10 % du montant du forfait fixé en application de l'article R. 174-5.

## **Section 3 bis : Dépenses afférentes au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, des structures dénommées "lits halte soins santé" et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.**

### **Article R174-7**

La dotation globale annuelle de financement est versée par douzième au gestionnaire de l'établissement par la caisse primaire d'assurance maladie territorialement compétente pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie dont les ressortissants sont pris en charge par ledit établissement. Toutefois, lorsque ce dernier est géré par un établissement mentionné à l'article L. 174-1, cette dotation peut être versée par une autre caisse en cas de convention prévue à l'article L. 174-2.

### **Article R174-8**

Dans le cas où le montant de la dotation globale annuelle n'a pas été arrêté avant le 1er janvier de l'exercice en cause et jusqu'à l'intervention de l'arrêté le fixant, la caisse chargée du versement de la dotation globale règle des acomptes mensuels égaux au douzième de la dotation de l'exercice antérieur.

## **Section 3 ter : Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.**

### **Article R174-9**

L'autorité compétente pour l'assurance maladie fixe, conformément aux articles 1er, 7 et 25 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes :

1° Les tarifs journaliers afférents aux soins applicables aux personnes hébergées qui ne sont pas prises en charge par un régime d'assurance maladie ;

2° Une dotation globale de financement relative aux soins qui correspond à la part des dépenses obligatoirement prise en charge par les régimes d'assurance maladie.

La dotation globale de financement mentionnée au 2° est calculée en retranchant des dépenses nettes relatives aux soins calculées dans les conditions prévues aux articles 5 et 6 du décret susmentionné, les produits des tarifs journaliers afférents aux soins multipliés par le nombre prévisionnel des journées non prises en charge par un régime d'assurance maladie.

La dotation globale de financement est versée par douzième par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie dont les bénéficiaires sont hébergés dans l'établissement.

Toutefois, lorsque les tableaux établis conformément à l'article D. 174-3 font apparaître que le nombre de bénéficiaires d'un régime d'assurance maladie autre que le régime général est le plus élevé, l'organisme d'assurance maladie territorialement compétent de ce régime peut demander à effectuer le versement mentionné à l'alinéa précédent.

Dans le cas où une caisse n'appartenant pas au régime général assure les versements, cette caisse communique à la caisse primaire d'assurance maladie géographiquement compétente les informations nécessaires au suivi des dépenses et à la répartition de celles-ci.

## **Article R174-10**

La dotation globale est répartie entre les différents régimes d'assurance maladie pour la part qui leur incombe, dans les conditions fixées par les articles D. 174-3 à D. 174-8.

## **Article R174-11**

Dans le cas où les tarifs journaliers afférents aux soins et le montant de la dotation globale de financement relative aux soins n'ont pas été arrêtés avant le 1er janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à l'intervention de la décision les fixant :

1° La caisse chargée du versement de la dotation globale de financement règle des acomptes mensuels égaux aux douzièmes de la dotation de l'exercice antérieur ;

2° Les recettes relatives à la facturation des tarifs journaliers afférents aux soins sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

Pour la première année d'application du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, les acomptes sont versés sur la base d'un douzième de l'ensemble des dépenses autorisées au dernier budget rendu exécutoire financées par les tarifs journaliers afférents aux soins.

### **Article R174-12**

Les règlements effectués par les organismes d'assurance maladie en vertu du mode de tarification en vigueur antérieurement à la signature de la convention tripartite prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales viennent en déduction des versements mensuels prévus à l'article R. 174-9, le solde de dotation étant versé l'année suivante.

Le règlement du solde de la dotation de l'exercice précédent vient en déduction des versements prévus à l'article R. 174-9.

### **Article R174-13**

Pour les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes rattachés à un établissement de santé sous dotation globale, les dates de règlement de la dotation globale de financement relative aux soins correspondent à celles de la dotation globale de soins de l'établissement de santé.

### **Article R174-14**

Pour les établissements autonomes hébergeant des personnes âgées dépendantes, le règlement de chaque allocation mensuelle est effectué le vingtième jour du mois, ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour précédant cette date.

### **Article R174-15**

Lors de l'admission en établissement, la personne âgée doit présenter la carte d'assuré social justifiant de cette qualité ou de celle d'ayant droit. A défaut et si les informations à disposition de l'établissement ne permettent pas d'identifier le résident dans le traitement prévu à l'article R. 314-169 du code de l'action sociale et des familles, une demande de prise en charge doit être adressée à l'organisme compétent par l'établissement.

### **Article R174-16**



Pour les dépenses de soins comprises dans les tarifs journaliers afférents aux soins, la participation des assurés sociaux est supprimée.

## **Section 4 : Dépenses afférentes aux autres établissements et services médico-sociaux financés par dotation globale de financement ou forfait annuel global de soins.**

### **Article R174-16-1**

La dotation globale de financement ou le forfait annuel global de soins fixé par l'autorité compétente de l'Etat sont versés par douzièmes 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 d'assurance maladie dont les ressortissants sont hébergés dans l'établissement ou pris en charge par le service.

Les douzièmes sont versés le vingtième jour de chaque mois ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré qui précède cette date.

### **Article R174-16-2**

Pour permettre la répartition de la charge de la dotation globale de financement ou du forfait annuel global de soins entre les différents régimes d'assurance maladie, l'établissement ou le service dresse au premier jour de chaque trimestre civil un tableau indiquant le nombre de personnes hébergées ou prises en charge au titre de chaque régime.

Ce tableau est transmis à la caisse primaire d'assurance maladie mentionnée à l'article R. 174-16-1 et aux organismes d'assurance maladie intéressés.

La répartition mentionnée au premier alinéa est effectuée chaque année sur la base de la moyenne des tableaux trimestriels, par une commission nationale de répartition qui comprend des représentants de l'Etat et de tous les régimes d'assurance maladie pour le compte desquels sont effectués les versements.

La composition et les modalités de fonctionnement de cette commission sont fixés par décret. Ce décret détermine également les modalités de versement, entre les différents régimes, des soldes issus de la répartition.

### **Article R174-16-3**

Lorsque les tableaux établis conformément à l'article R. 174-16-2 font apparaître que le nombre de ressortissants d'un régime d'assurance maladie autre que le régime général est le plus élevé, l'organisme d'assurance maladie territorialement compétent de ce régime est chargé d'effectuer, s'il en fait la demande, le versement de la dotation globale de financement ou du forfait global de soins.

Dans ce cas, l'organisme qui assure le versement communique à la caisse primaire d'assurance maladie géographiquement compétente les informations nécessaires au suivi des dépenses et à leur répartition.

#### **Article R174-16-4**

Dans le cas où le montant de la dotation globale de financement ou du forfait annuel global de soins n'a pas été arrêté avant le 1er janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à l'intervention de la décision qui le fixe, l'organisme chargé du versement règle, sous réserve des dispositions de l'article 37 du décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et aux établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, des acomptes mensuels égaux aux douzièmes de l'exercice antérieur.

#### **Article R174-16-5**

I. - Si, lors de la première année d'application d'un financement par dotation globale de fonctionnement ou forfait annuel global de soins, la fixation de cette dotation ou de ce forfait est effectuée postérieurement au 1er janvier de l'exercice, l'organisme chargé du versement règle des acomptes mensuels égaux au douzième de l'ensemble des dépenses autorisées et financées par l'assurance maladie lors de l'exercice antérieur.

II. - Les sommes versées, au cours de l'année d'entrée en vigueur du financement par dotation globale de financement ou forfait global de soins, au titre des paiements de l'exercice antérieur, viennent en déduction des versements mensuels mentionnés à l'article R. 174-16-1, le solde de la dotation globale de financement ou du forfait global de soins étant versé l'année suivante.

Lors de chaque exercice ultérieur, le solde de la dotation ou du forfait de l'exercice précédent vient en déduction des versements mensuels mentionnés à l'article R. 174-16-1. Le solde de la dotation globale de financement ou du forfait global de soins de l'exercice est versé l'année suivante.

### **Section 6 : Frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique**

#### **Article R174-17**

Les frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont versés aux établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique par la caisse d'assurance maladie désignée à l'article L. 174-18 du présent code dénommée "caisse centralisatrice des paiements".

### **Article R174-18**

Les établissements de santé privés transmettent par voie électronique les bordereaux de facturation mentionnés au 11° de l'article R. 161-42 à la caisse centralisatrice des paiements. Celle-ci les retransmet à l'organisme d'assurance maladie dont relève l'assuré dénommé "caisse gestionnaire".

Lorsqu'ils ne disposent pas des moyens techniques leur permettant de se conformer à toutes les prescriptions prévues à l'article R. 161-47 pour la transmission par voie électronique, les établissements adressent en outre les bordereaux de facturation sur support papier à la caisse gestionnaire.

### **Article R174-19**

Lorsque des bordereaux de facturation sous forme électronique lui sont adressés, la caisse centralisatrice des paiements verse à l'établissement, dans un délai de quatre jours ouvrés à compter de la date de réception de ces bordereaux, un acompte sur les frais d'hospitalisation, au sens du a du 11° de l'article R. 161-42, pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie de l'assuré. Le taux de l'acompte est fixé par un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

### **Article R174-20**

La caisse gestionnaire procède à la liquidation des frais d'hospitalisation pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie de l'assuré, verse les sommes correspondantes à la caisse centralisatrice des paiements et lui adresse un état de liquidation sous forme électronique.

La caisse centralisatrice des paiements effectue, ensuite, au bénéfice de l'établissement, le paiement du solde ou, lorsqu'elle n'a pas versé d'acompte, le paiement de l'intégralité des frais d'hospitalisation pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie de l'assuré. Dans le cas où le montant de la liquidation est inférieur à celui de l'acompte, la caisse centralisatrice des paiements procède à la régularisation sur les paiements suivants.

### **Article R174-21**

Pour compenser la charge financière entraînée par le versement d'acomptes par la caisse

centralisatrice des paiements pour le compte des caisses gestionnaires, les régimes d'assurance maladie auxquels appartiennent ces dernières versent au régime de la caisse centralisatrice des paiements une rémunération calculée en fonction du montant des acomptes versés et du délai moyen constaté entre le versement des acomptes et le paiement des sommes correspondant aux prises en charge.

Des conventions entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie fixent les modalités de calcul de cette rémunération et, notamment, le taux d'intérêt appliqué. Ces conventions peuvent prévoir que ce taux est majoré pour les régimes pour lesquels le délai moyen de paiement dépasse une limite qu'elles fixent. A défaut de convention, les modalités de cette rémunération sont fixées par un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

## **Article R174-22**

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe les conditions dans lesquelles les services des ministres susmentionnés et les agences régionales de santé ont accès aux données collectées par les caisses centralisatrices des paiements.

## **Article R174-22-1**

Le versement aux établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du montant des forfaits annuels et de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, fixés dans les conditions mentionnées à l'article R. 162-42-4, est assuré par la caisse centralisatrice des paiements mentionnée à l'article L. 174-18.

Le règlement de chaque allocation mensuelle est effectué le 5 de chaque mois ou, si le jour n'est pas ouvré, le premier jour suivant cette date.

Dans l'attente de la fixation du montant du forfait annuel et, le cas échéant, de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation de l'année en cours, la caisse chargée du versement règle des acomptes mensuels égaux à un douzième du montant du forfait ou de la dotation de l'année précédente. La différence entre les montants ainsi versés et ceux fixés pour l'année en cours est imputée sur le versement effectué le 5 du deuxième mois suivant celui au cours duquel le montant du forfait ou de la dotation est fixé.

## **Article R174-22-2**

Les régimes d'assurance maladie paient chaque mois à la caisse nationale dont relève la caisse centralisatrice des paiements une participation aux versements effectués au titre des forfaits annuels et de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation en application de l'article R. 174-22-1.

La participation mensuelle des différents régimes d'assurance maladie est calculée au prorata de la répartition entre ces régimes pour le dernier exercice de la somme des forfaits annuels et de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation versés aux établissements de santé privés.

### **Article R174-22-3**

La répartition du montant total des allocations mensuelles versées au titre des forfaits prévus à l'article L. 162-22-8 et de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue à l'article L. 162-22-14 entre les régimes d'assurance maladie est fixée, après accord de tous les régimes au sein de la commission prévue à l'article R. 174-1-4, avant le 15 avril de l'année au cours de laquelle a été effectué le constat prévu au deuxième alinéa du présent article. A défaut d'accord au sein de la commission, la répartition est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

Elle est effectuée au vu du montant définitif total des allocations mensuelles versées au cours de l'exercice précédent, au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans les établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 supportées par chaque régime obligatoire d'assurance maladie au titre dudit exercice et constatées au niveau national dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article R. 162-42-2.

### **Article R174-22-4**

Les opérations financières effectuées en application des articles R. 174-22-2 et R. 174-22-3 sont retracées dans les écritures de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

## **Section 7 : Dépenses afférentes aux soins dispensés par le service de santé des armées et l'Institution nationale des invalides**

### **Sous-section 1 : Dépenses afférentes aux soins dispensés par l'Institution nationale des invalides**

#### **Article R174-23**

La dotation annuelle de financement allouée à l'Institution nationale des invalides est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis du ministre de la défense et du ministre chargé du budget.

Elle est déterminée par application à la dotation annuelle de financement de l'année précédente d'un

taux d'évolution tenant compte de l'activité et des coûts de l'Institution nationale des invalides pris en compte pour l'application de l'article R. 174-24. Elle peut être majorée ou minorée en cours d'année pour prendre en compte les évolutions de toute nature affectant ladite activité.

Les arrêtés fixant la dotation annuelle de financement sont publiés au Journal officiel de la République française. La publication de l'arrêté fixant la dotation annuelle doit être effectuée au plus tard dans les trente jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité sociale.

### **Article R174-24**

Le montant des dépenses de l'Institution nationale des invalides prises en compte pour le calcul de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-15 et des tarifs de prestation arrêtés pour l'application de l'article L. 174-3 n'est pas inclus dans les dotations régionales définies au troisième alinéa de l'article L. 174-1-1.

### **Article R174-25**

La dotation annuelle de financement allouée à l'Institution nationale des invalides, fractionnée en douze allocations mensuelles, est versée par la caisse pivot mentionnée à l'article L. 174-15.

Le règlement de chaque allocation mensuelle est effectué en une ou plusieurs fois entre le 15 du mois courant et, au plus tard, le 15 du mois suivant. Toutefois, le total des sommes versées entre le 15 et le dernier jour du mois courant ne peut être inférieur à 60 % de l'allocation mensuelle considérée.

Le calendrier de versement de la dotation annuelle de financement est celui défini par l'arrêté prévu au quatrième alinéa de l'article R. 174-1.

### **Article R174-26**

Le règlement du solde de la dotation annuelle de financement de l'exercice précédent vient en déduction des versements mensuels prévus à l'article R. 174-25.

### **Article R174-27**

Les tarifs arrêtés pour l'application à l'Institution nationale des invalides de l'article L. 174-3 sont majorés ou minorés en cours d'année pour prendre en compte les évolutions mentionnées à l'article R. 174-23 en cas de variation de la dotation annuelle de financement. Ils sont notifiés au directeur de la caisse chargée du versement de la dotation annuelle de financement.

## **Article R174-28**

Dans le cas où le montant de la dotation annuelle de financement et les tarifs des prestations n'ont pas été arrêtés avant le 1er janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à leur fixation :

1° La caisse chargée du versement de la dotation annuelle de financement règle des acomptes mensuels égaux aux douzièmes de la dotation de l'exercice antérieur ;

2° Les recettes relatives à la facturation des tarifs des prestations sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

## **Article R174-29**

La caisse chargée du versement de la dotation annuelle de financement est désignée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des armées.

## **Sous-section 2 : Dépenses relatives aux soins dispensés par le service de santé des armées**

### **Paragraphe 1 : Activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie**

## **Article R174-30**

Pour l'application du présent paragraphe et dans les conditions qu'il fixe, les décisions des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont préparées par l'agence régionale de santé d'Ile-de-France selon des modalités définies par un protocole signé entre ces ministres et le directeur général de l'agence.

## **Article R174-31**

L'article R. 162-51 est applicable aux hôpitaux des armées.

## **Article R174-32**

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 162-22-7, l'agence régionale de santé d'Ile-de-France prépare, avec le service de santé des armées et la Caisse nationale militaire de sécurité sociale, un projet de protocole de bon usage des médicaments et des produits et prestations. Le protocole, conclu pour une durée de trois à cinq ans, est signé par le ministre de la défense et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Chaque année, l'agence contrôle l'application de ce protocole dans les mêmes conditions que celles prévues au décret mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 162-22-7 et propose aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le taux de remboursement qu'ils arrêtent après information préalable du ministre de la défense. Le taux de prise en charge applicable est notifié au ministre de la défense et à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale conformément au troisième alinéa de l'article L. 162-22-7.

### **Article R174-33**

Pour l'application de l'article L. 162-22-8, le service de santé des armées communique chaque année à l'agence régionale de santé d'Ile-de-France les éléments de mesure des activités mentionnées au décret prévu par cet article et réalisées par les hôpitaux des armées. Sur cette base, l'agence propose le montant annuel de chacun des forfaits, qui est arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article R. 162-42-4.

### **Article R174-34**

Pour l'application de l'article L. 162-22-13, la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation attribuée au service de santé des armées n'est pas incluse dans les dotations régionales mentionnées au deuxième alinéa de cet article.

L'arrêté prévu à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique fixe la liste des activités d'intérêt général mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du présent code qui sont exercées par le service de santé des armées.

L'agence régionale de santé d'Ile-de-France prépare, avec le service de santé des armées, un projet de protocole pluriannuel relatif aux objectifs et aux moyens des hôpitaux des armées. Le protocole, conclu en application de l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, est signé par le ministre de la défense et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Ce protocole précise les obligations du service de santé des armées pour l'accomplissement des missions de service public qu'il assure ou contribue à assurer et, le cas échéant, les modalités de calcul de leur compensation financière.

Chaque année, l'agence évalue les missions d'intérêt général mentionnées dans ce protocole. Sur cette base, le montant de la dotation annuelle de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation est arrêté, dans les conditions prévues à l'article R. 162-42-4 du présent code et dans le respect de la dotation nationale mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-22-13, par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis du ministre de la défense.

L'agence transmet au ministre chargé de la santé les données relatives aux activités réalisées dans ce



cadre par le service de santé des armées en vue de l'élaboration du bilan mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-22-13.

### **Article R174-35**

L'agence régionale de santé d'Ile-de-France exerce le contrôle prévu à l'article L. 162-22-18 pour les hôpitaux des armées dans les conditions prévues par les articles R. 162-42-10 à R. 162-42-13.

Pour l'application de l'article L. 162-22-18, le contrôle de la facturation réalisée par ces hôpitaux est intégré dans le programme de contrôle de l'agence qui en informe le ministre de la défense.

Pour l'application de l'article R. 162-42-10, l'agence communique au ministre de la défense le rapport mentionné au quatrième alinéa.

Pour l'application de l'article R. 162-42-11, la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 est la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Pour l'application de l'article R. 162-42-12, le montant de la sanction proposée par l'agence est communiqué aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au ministre de la défense.

Pour l'application de l'article R. 162-42-13, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prononcent la sanction et la notifient au ministre de la défense ainsi qu'à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale au terme du délai d'un mois dont dispose le service de santé des armées pour présenter ses observations.

Le montant de la sanction est comptabilisé par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale qui le recouvre dans les conditions prévues par l'article L. 162-1-14.

### **Article R174-36**

Les forfaits annuels et la dotation annuelle de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation sont fractionnés en dix allocations mensuelles versées de janvier à octobre par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale selon des modalités fixées par un arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Des avances de trésorerie sont accordées au service de santé des armées dans des conditions fixées par le même arrêté.

## **Paragraphe 2 : Activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation**

### **Article R174-37**

La dotation annuelle de financement allouée au service de santé des armées en application de l'article L. 174-15-1 est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis du ministre de la défense et du ministre chargé du budget. Elle est déterminée :

1° En appliquant à la dotation annuelle de financement de l'année précédente un taux d'évolution

fixé en fonction de l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 ;  
2° En tenant compte de l'activité et des coûts du service de santé des armées au bénéfice des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

La dotation ainsi fixée peut être majorée ou minorée en cours d'année pour prendre en compte les évolutions affectant l'activité mentionnée au 2°.

La publication au Journal officiel de la République française de l'arrêté fixant la dotation annuelle de financement intervient au plus tard dans les quinze jours suivant la publication de l'arrêté relatif aux dotations régionales mentionné au dernier alinéa de l'article R. 174-2.

### **Article R174-38**

La dotation annuelle de financement allouée au service de santé des armées est fractionnée en dix allocations mensuelles et versée de janvier à octobre par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale selon des modalités fixées par arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le règlement du solde de la dotation annuelle de financement de l'exercice précédent vient en déduction des versements prévus au premier alinéa.

### **Article R174-39**

Les tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 174-3 sont déterminés annuellement par arrêté du ministre de la défense selon les modalités fixées par l'article R. 6145-22 du code de la santé publique. Ils peuvent être majorés ou minorés en cours d'année pour prendre en compte les évolutions d'activité mentionnées à l'article R. 174-37 du présent code. Ils sont notifiés à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

### **Article R174-40**

Le montant des dépenses du service de santé des armées prises en compte pour le calcul de la dotation annuelle de financement n'est pas inclus dans les dotations régionales mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 174-1-1.

### **Article R174-41**

Dans le cas où le montant de la dotation annuelle de financement n'a pas été arrêté avant le 1er janvier de l'exercice en cause et jusqu'à l'intervention de l'arrêté le fixant, la Caisse nationale militaire de sécurité sociale règle des acomptes égaux aux dixièmes de la dotation de l'exercice antérieur.

Dans le cas où les tarifs des prestations n'ont pas été arrêtés avant le 1er janvier de l'exercice en cause et jusqu'à l'intervention de l'arrêté les fixant, les recettes relatives à la facturation des tarifs des prestations sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

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

#### **Titre 8 : Dispositions diverses - Dispositions d'application**

#### **Chapitre 2 bis : Union nationale des caisses d'assurance maladie - Union nationale des organismes d'assurances maladie complémentaire - Union nationale des professionnels de santé**

##### **Section 1 : Union nationale des caisses d'assurance maladie**

###### **Article R182-2**

Chaque organisme ayant désigné des représentants au conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 182-2-2 désigne un nombre égal de suppléants.

Les suppléants sont appelés à siéger au conseil en l'absence des titulaires et à remplacer ceux dont le siège deviendrait vacant.

Lorsque le siège d'un de ses représentants, titulaire ou suppléant, devient vacant, l'organisme concerné désigne un ou plusieurs nouveaux représentants qui siègent jusqu'au renouvellement suivant de l'ensemble du conseil.

Les règles applicables aux incompatibilités et à la désignation des membres du conseil, titulaires et suppléants, sont celles prévues aux articles L. 231-6 et L. 231-6-1.

###### **Article R182-2-1**

La durée du mandat des membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est fixée à cinq ans.

Lorsqu'un membre de l'union perd son mandat au sein du conseil ou du conseil d'administration d'un des organismes constituant ladite union, le conseil ou le conseil d'administration de cet organisme procède à la désignation d'un nouveau représentant.

En cas de renouvellement du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou du conseil d'administration d'une des deux autres caisses nationales, il est procédé à des nouvelles désignations dans les conditions prévues à l'article L. 182-2-2.

Les nouveaux représentants siègent jusqu'au renouvellement du conseil.

### **Article R182-2-2**

Le président du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés exerce les fonctions de président du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

### **Article R182-2-3**

Le conseil se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président. L'ordre du jour est fixé par le président.

Lorsque la réunion du conseil intervient à la demande du ou des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget, ou de la moitié au moins des membres du conseil, la convocation est de droit dans les vingt jours suivant la réception de la demande. Les questions dont les ministres chargés de la tutelle ou la moitié des membres du conseil demandent l'inscription à l'ordre du jour, sont inscrites de droit.

Le conseil de l'union ne peut valablement délibérer que si la majorité de ses membres ayant voix délibérative assistent à la séance.

Si le quorum n'est pas atteint, le conseil est de nouveau convoqué avec le même ordre du jour dans un délai maximal de vingt jours et délibère alors valablement quel que soit le nombre des membres présents.

En cas d'empêchement, un membre du conseil peut donner délégation à un autre membre. Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Les délibérations du conseil sont adoptées à la majorité simple des membres.

Lorsque le conseil demande au directeur général d'être saisi d'un second projet en application des dispositions du huitième alinéa de l'article L. 182-2-3, il doit l'être dans les vingt jours suivant sa première délibération. Il peut s'opposer à ce second projet par avis motivé à la majorité qualifiée des deux tiers.

Le conseil peut entendre toute personne ou organisation dont il estime l'audition utile à son

information.

Le collège des directeurs mentionné à l'article L. 182-2, l'agent comptable et le membre du corps du contrôle général économique et financier assistent avec voix consultative aux séances du conseil. Les commissaires du Gouvernement représentant les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget assistent au conseil et sont entendus à chaque fois qu'ils le demandent.

#### **Article R182-2-4**

Le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie exerce les compétences définies à l'article L. 182-2-3.

Il adopte son règlement intérieur. Il délibère sur le rapport annuel du directeur général relatif au fonctionnement administratif et financier de l'union nationale.

Il arrête le compte financier après avoir entendu l'agent comptable.

Les pouvoirs du conseil ne l'autorisent pas à se substituer ou à donner des injonctions au directeur général dans l'exercice des pouvoirs propres de décision de ce dernier, ni à annuler ou à réformer les décisions prises à ce titre.

Le conseil rend son avis sur les projets de loi et de décrets relatifs à l'assurance maladie dont il est saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles R. 200-3 à R. 200-6.

Dans les dix jours qui suivent la séance, les procès-verbaux des délibérations du conseil de l'union sont envoyés au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé de l'agriculture et au ministre chargé du budget.

#### **Article R182-2-5**

Le directeur général de l'union et le collège des directeurs exercent les attributions mentionnées aux articles L. 182-2-4 et L. 182-2-5.

Le directeur général représente l'union en justice et dans les actes de la vie civile. Dans les matières qui relèvent de la compétence du conseil ou de celle du collège des directeurs, il agit en justice sur mandat respectif soit du conseil, soit du collège. Il peut déléguer sa signature.

Il peut déléguer une partie de ses pouvoirs à certains agents de direction. Il peut leur donner mandat en vue d'assurer la représentation de l'union en justice et dans les actes de la vie civile.

Le directeur général est ordonnateur des recettes et des dépenses.

Un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture fixe la liste des actes du directeur général qui leur sont communiqués sous dix jours. Dans un délai de

quinze jours à compter de leur réception, les ministres peuvent, en mentionnant les motifs, faire connaître leur opposition à leur mise en oeuvre si ces actes comportent des dispositions non conformes aux lois et règlements en vigueur.

Le collège des directeurs rend compte périodiquement au conseil de la mise en oeuvre de ses orientations. Au plus tard à la fin du premier semestre de chaque année, il remet au conseil un rapport d'activité pour l'année écoulée retraçant notamment les orientations définies par le conseil, les actions mises en oeuvre pour les atteindre et les résultats constatés.

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur général, ses fonctions sont exercées par un autre membre du collège des directeurs.

### **Article R182-2-6**

Les fonctions d'agent comptable de l'union nationale sont exercées par l'agent comptable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

### **Article R182-2-7**

Les opérations financières et comptables de l'union sont effectuées conformément aux dispositions du décret n° 53-1227 du 10 décembre 1953 modifié relatif à la réglementation comptable applicable aux établissements publics nationaux à caractère administratif et du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général sur la comptabilité publique.

## **Section 2 : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire**

### **Article R182-2-8**

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire est composée :

1° Des organismes professionnels représentant les mutuelles et unions de mutuelles régies par le code de la mutualité ;

2° Des organismes professionnels représentant les institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance régies par le présent code ;

3° Des organismes professionnels représentant les entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Elle comprend également l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Pour chacune des catégories mentionnées aux 1°, 2° et 3°, l'union doit comprendre au moins l'organisme professionnel le plus représentatif.

### **Article R182-2-9**

Le conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire comporte trente-trois membres.

Le conseil est composé de quatre collèges :

1° Un collège des représentants des organismes mentionnés au 1° de l'article R. 182-2-8 comportant plus de 50 % des membres du conseil ;

2° Un collège des représentants des organismes mentionnés au 2° de l'article R. 182-2-8 comportant entre 20 % et 25 % des membres du conseil ;

3° Un collège des représentants des organismes mentionnés au 3° de l'article R. 182-2-8 comportant entre 20 % et 25 % des membres du conseil ;

4° Un représentant 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.

Les représentants des collèges mentionnés aux 1° à 3° sont désignés par les organismes professionnels de chacune de ces catégories, membres de l'union. L'instance de gestion mentionnée au 4° désigne son représentant.

Pour chacun des membres titulaires, un suppléant est désigné dans les mêmes conditions.

Les membres du conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire sont désignés pour trois ans.

Toute vacance ou perte de la qualité au titre de laquelle les membres titulaires ou suppléants ont été désignés donne lieu à remplacement pour la durée de mandat restant à courir.

### **Article R182-2-10**

Le conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire élit à la majorité simple son président. Celui-ci est élu pour une durée de trois ans.

Le conseil se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président.

Le conseil élabore son règlement intérieur.

### **Article R182-2-11**

Les compétences de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire sont exercées par son conseil.

Le conseil rend ses avis dans les conditions prévues aux articles R. 200-3, R. 200-5 et R. 200-6, sous réserve des dispositions du II de l'article R. 162-5 et de l'article R. 322-9-4. L'avis est notifié à l'auteur de la saisine.

### **Article R182-2-12**

Le bureau prépare les projets de délibérations du conseil. Il décide de la convocation du conseil et établit l'ordre du jour de ses réunions.

Le bureau comprend trois collèges ayant le même nombre de membres, désignés respectivement et en leur sein par chacun des collèges mentionnés aux 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> de l'article R. 182-2-9. Le nombre des membres du bureau est fixé par les statuts.

Les membres du bureau sont désignés pour une durée de trois ans.

En cas de vacance par décès, démission ou retrait du mandat par le collègue du conseil auquel le membre du bureau appartient, il est procédé à la désignation de son remplaçant dans les conditions prévues au deuxième alinéa du présent article. Le mandat de la personne désignée prend fin à la date où devrait normalement prendre fin le mandat du membre remplacé.

Les statuts peuvent prévoir les modalités selon lesquelles le bureau prend les décisions prévues au premier alinéa en cas d'opposition d'un collègue.

Le bureau est présidé par le président du conseil. En cas d'empêchement temporaire du président, celui-ci est remplacé par le membre du bureau appartenant au même collègue.

Le bureau se réunit au moins six fois par an sur convocation de son président. La convocation est de droit à la demande de l'un de ses membres.

## **Section 3 : Union nationale des professionnels de santé**



## **Article R182-3**

L'Union nationale des professionnels de santé est composée de quarante-six représentants :

1° Quatorze représentants des organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et spécialistes ;

2° Sept représentants des organisations syndicales représentatives des infirmiers ;

3° Six représentants des organisations syndicales représentatives des chirurgiens-dentistes ;

4° Six représentants des organisations syndicales représentatives des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs ;

5° Quatre représentants des organisations syndicales représentatives des pharmaciens titulaires d'officine ;

6° Un représentant des organisations syndicales représentatives des biologistes responsables privés ;

7° Deux représentants des organisations syndicales représentatives des orthophonistes ;

8° Deux représentants des organisations syndicales représentatives des pédicures-podologues ;

9° Un représentant des organisations syndicales représentatives des sages-femmes ;

10° Un représentant des organisations syndicales représentatives des orthoptistes ;

11° Un représentant des organisations syndicales représentatives des audioprothésistes ;

12° Un représentant des organisations syndicales représentatives des transporteurs sanitaires.

Pour l'application du présent chapitre, la représentativité s'apprécie en fonction des résultats des enquêtes de représentativité conduites selon les dispositions des articles R. 162-54-1 et R. 162-54-2 et, pour les professions pour lesquelles une enquête n'est pas disponible, les organisations représentatives ayant conclu ou négocié une convention ou l'accord national prévu à l'article L. 165-6 avec l'assurance maladie.

## **Article R182-3-1**

Si le nombre de sièges affectés à une profession est au moins égal au nombre d'organisations

syndicales représentatives de cette profession, chacune de ces organisations reçoit un siège. Si, à la suite de cette première attribution, les sièges de la profession n'ont pas tous été attribués, les sièges restant à répartir le sont à la représentation proportionnelle au plus fort reste selon les règles définies à l'article R. 182-3-2.

Si le nombre de sièges affectés à une profession est inférieur au nombre d'organisations syndicales représentatives de cette profession, les sièges sont attribués par ordre décroissant selon les règles définies à l'article R. 182-3-2.

### **Article R182-3-2**

Pour l'application de l'article R. 182-3-1, les sièges sont répartis entre les organisations membres selon les règles suivantes :

Pour les professionnels de santé qui élisent leurs représentants aux unions régionales des professionnels de santé, en fonction du nombre de voix obtenues lors des dernières élections aux unions régionales ;

Pour les autres professions :

- en fonction du nombre de cotisants établi par la dernière enquête de représentativité pour les professions pour lesquelles elle est disponible ;
- en fonction du nombre de cotisants de chacune des organisations syndicales ayant conclu ou négocié une convention ou l'accord national prévu à l'article L. 165-6 avec l'assurance maladie pour les professions pour lesquelles aucune enquête de représentativité n'est disponible.

### **Article R182-3-3**

Les membres de l'Union nationale des professionnels de santé sont nommés pour cinq ans, sur la proposition de l'organisation syndicale qu'ils représentent, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Si, au cours de cette période, de nouvelles élections aux unions régionales des professionnels de santé ou une nouvelle enquête de représentativité intervient, il est procédé à une nouvelle répartition des sièges de la seule profession concernée conformément aux dispositions des articles R. 182-3-1 et R. 182-3-2.

Toute personne qui perd la qualité en laquelle elle a été nommée cesse d'être membre de l'union.

Le remplacement d'un membre, en cas de cessation des fonctions au cours du mandat, s'effectue dans les mêmes conditions que la nomination et pour la durée du mandat restant à accomplir.

L'union comprend pour chacune des professions concernées un nombre égal de membres suppléants nommés dans les mêmes conditions.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses**

#### **Article R200-1**

Le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et les conseils d'administration 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, ainsi que la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, instituée par l'article L. 221-4, sont saisis par le ministre chargé de la sécurité sociale des projets de mesures législatives ou réglementaires définies à l'article L. 200-3.

#### **Article R200-2**

Si le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les conseils d'administration des autres organismes nationaux ou la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles décident d'habiliter respectivement une commission ou une sous-commission à rendre en leur nom des avis sur les projets mentionnés à l'article R. 200-1, celles-ci ne peuvent pas comprendre de personnes n'appartenant pas à ces conseils ou à cette commission.

#### **Article R200-2-1**

La motivation de l'avis sur un projet de loi rend compte des motifs sur lesquels s'est fondé le conseil, le conseil d'administration, la commission mentionnée à l'article L. 221-4 ou la commission ou sous-commission habilitée dans les conditions prévues à l'article R. 200-2 et fait état de l'ensemble des positions qui se sont exprimées.

Le président peut proposer un projet d'avis motivé, qui donne lieu à un vote.

#### **Article R200-3**

Sauf dans le cas prévu à l'article R. 200-4, l'avis doit être notifié au ministre chargé de la sécurité sociale dans le délai de vingt et un jours à compter de la date de réception du projet de mesure législative ou réglementaire. Toutefois, en cas d'urgence, dûment invoquée dans la lettre de saisine, ce délai est réduit à onze jours.

## **Article R200-4**

Lorsque l'avis porte sur un projet de loi de financement de la sécurité sociale prévu à l'article L.O. 111-3, il doit être notifié au ministre chargé de la sécurité sociale dans le délai de sept jours à compter de la réception dudit projet.

## **Article R200-5**

A défaut de notification au ministre chargé de la sécurité sociale d'un avis dans les délais fixés aux articles R. 200-3 et R. 200-4, l'avis est réputé rendu.

## **Article R200-6**

Les délais fixés aux articles R. 200-3 et R. 200-4 sont des délais francs. Lorsque le premier jour d'un de ces délais est un jour férié ou un samedi, le délai ne court qu'à compter du premier jour ouvrable qui suit le jour férié ou le samedi.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 R211-1**

Le conseil de la caisse primaire d'assurance maladie mentionné à l'article L. 211-2 est composé de vingt-trois membres comprenant :

1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national dont les sièges sont ainsi répartis :

- a) Confédération générale du travail : deux ;
- b) Confédération française démocratique du travail : deux ;
- c) Confédération générale du travail-Force ouvrière : deux ;
- d) Confédération française des travailleurs chrétiens : un ;
- e) Confédération française de l'encadrement-CGC : un.

2° Huit représentants des employeurs, dont les sièges sont ainsi répartis :

- a) Mouvement des entreprises de France : quatre ;
- b) Confédération générale des petites et moyennes entreprises : deux ;
- c) Union professionnelle artisanale : deux.

3° Deux représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ;

4° Quatre représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie désignées par le préfet de région ;

5° Une personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignée par l'autorité compétente de l'Etat mentionnée à l'article D. 231-1.

Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus.

## **Article R211-1-1**

Le conseil de la caisse primaire d'assurance maladie exerce les attributions mentionnées à l'article L. 211-2-1.

Le conseil établit les statuts et son règlement intérieur.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, il approuve, sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres, les comptes annuels sur présentation du directeur et de l'agent comptable et au vu du rapport de validation prévu à l'article D. 114-4-2.

Le conseil élit en son sein le président et le vice-président. L'élection a lieu à scrutin secret. Aux premier et deuxième tours de scrutin, l'élection a lieu à la majorité absolue des suffrages exprimés, exclusion faite des bulletins blancs ou nuls, et au troisième tour à la majorité relative des suffrages exprimés. En cas de partage des voix, l'élection a lieu au bénéfice de l'âge.

Les décisions du conseil sont prises à la majorité simple. En cas d'empêchement, un membre du conseil peut donner délégation à un autre membre. Aucun membre ne peut toutefois recevoir plus d'une délégation.

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 le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 ou par le tiers des membres du conseil. Dans ce cas, la réunion intervient dans les vingt jours suivant la réception de la demande. Les questions dont le responsable du service mentionné ci-dessus ou le tiers des membres demandent l'inscription à l'ordre du jour sont inscrites de droit.

Outre la commission prévue à l'article R. 142-1 pour le traitement des réclamations déposées par les usagers, il peut constituer en son sein des commissions et leur déléguer une partie de ses attributions.

Il peut exercer le droit d'opposition prévu au sixième alinéa de l'article L. 211-2-1 par avis motivé adopté à la majorité qualifiée des deux tiers de ses membres.

Le conseil peut entendre toute personne ou organisation dont il estime l'audition utile à son information.

Le conseil ne peut se substituer ou donner des injonctions au directeur dans l'exercice des pouvoirs propres de décision de ce dernier, ni annuler ou réformer les décisions prises à ce titre.

Le directeur et l'agent comptable, ou leurs représentants, assistent, avec voix consultative, aux séances du conseil ou des commissions ayant reçu délégation de celui-ci. Il en est de même du praticien chef de l'échelon local du service du contrôle médical, ou de son représentant, lorsque le conseil examine les propositions relatives à la politique de gestion du risque ou celles relatives aux relations avec les usagers. Le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, peut également assister au conseil et être entendu à chaque fois qu'il le demande.

## **Article R211-1-2**

Le directeur exerce les attributions mentionnées à l'article L. 211-2-2 et dirige la caisse primaire dans le respect des orientations définies par la caisse nationale.

A ce titre, il fixe l'organisation du travail dans les services et a seule autorité sur le personnel. Dans le cadre des dispositions qui régissent le personnel, et sauf en ce qui concerne l'agent comptable, il prend toute décision d'ordre individuel nécessaire à la gestion du personnel et notamment nomme aux emplois, règle l'avancement, assure la discipline et procède aux licenciements.

Il assure, en liaison avec la caisse nationale, la représentation de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale mentionnée à l'article L. 224-5.

Le directeur prépare les travaux du conseil et met en oeuvre les orientations et délibérations que celui-ci adopte.

Les propositions du directeur mentionnées aux 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup> et au cinquième alinéa de l'article L. 211-2-1 tiennent compte des orientations nationales fixées par le conseil de la caisse nationale et des objectifs figurant dans le contrat négocié avec le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-14 du code de la santé publique. Dans les domaines mentionnés aux 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> du deuxième alinéa de l'article L. 211-2-1, le directeur présente ses propositions chaque année.

En cas d'opposition motivée du conseil à ces propositions, le directeur lui soumet dans le délai de quinze jours une nouvelle proposition tenant compte de cet avis.

Le directeur négocie et signe le contrat pluriannuel de gestion dont les orientations ont été présentées au conseil dans un délai de trois mois après signature de la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 227-1.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, il arrête les comptes annuels établis par l'agent comptable.

Le directeur met en oeuvre les actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional.

Le directeur met également en oeuvre, en liaison avec le service du contrôle médical et l'agence régionale de santé, les mesures nécessaires à la réalisation des objectifs figurant dans le contrat négocié avec le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-14 du code de la santé publique. Il est responsable dans le ressort de la caisse de la conduite et de la coordination des actions de gestion du risque et de contrôle.

Il prend les décisions qu'impliquent les mesures arrêtées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés pour l'organisation et le pilotage du réseau des caisses du régime général en application des dispositions du 3<sup>o</sup> de l'article L. 221-3-1.

Il met en oeuvre toutes les mesures nécessaires au respect des objectifs du contrat pluriannuel de gestion et des budgets d'intervention et de gestion de la caisse. Il rend compte de l'exécution du contrat pluriannuel de gestion ainsi que de sa gestion administrative financière et immobilière, selon les modalités fixées par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Dans les conditions définies par décret, le directeur engage les dépenses, constate les créances et les dettes, émet les ordres de recettes et de dépenses et peut, sous sa responsabilité, requérir qu'il soit passé outre au refus de visa de paiement éventuellement opposé par l'agent comptable.

Il a pouvoir de donner la mainlevée des inscriptions et des privilèges ou d'hypothèques sur les immeubles, requises au profit de l'organisme.

Il peut déléguer une partie de ses pouvoirs à certains agents de l'organisme et leur donner mandat en

vue d'assurer la représentation de celui-ci en justice et dans les actes de la vie civile.

Il rend périodiquement compte au conseil de la mise en oeuvre de ses orientations ainsi que de la gestion de l'organisme.

Au plus tard à la fin du premier semestre de chaque année, il remet au conseil un rapport d'activité et de fonctionnement pour l'année écoulée retraçant notamment les orientations définies par le conseil, les actions mises en oeuvre pour les atteindre et les résultats constatés. Ce rapport est transmis au président du conseil et au directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi qu'au service mentionné à l'article R. 155-1.

En cas d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur, ses fonctions sont exercées par le directeur adjoint. En cas d'absence ou d'empêchement du directeur ou du directeur adjoint, ou à défaut de directeur adjoint, les fonctions de directeur sont exercées par un agent de l'organisme désigné préalablement à cet effet par le directeur. En cas de vacance de l'emploi de directeur, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés désigne la personne chargée d'effectuer l'intérim dans l'attente d'une nomination.

### **Article R211-1-3**

L'agent comptable est placé sous l'autorité administrative du directeur. Il est chargé, sous sa propre responsabilité, de l'ensemble des opérations financières et comptables de l'établissement. Sa gestion est garantie par un cautionnement dont le montant minimum est fixé dans les limites déterminées par un arrêté du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, l'agent comptable établit les comptes annuels.

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement de l'agent comptable, ses fonctions sont exercées par le fondé de pouvoir.

### **Article R211-2**

Dans les agglomérations désignées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, l'organisation de la caisse primaire comprend :

1°) les services centraux ;

2°) des circonscriptions administratives dont le nombre est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ;

3°) des centres de paiement.

Les circonscriptions administratives, lesquelles n'ont pas la personnalité juridique et ne sont pas dotées de l'autonomie financière, sont placées sous l'autorité d'agents de direction auxquels le directeur de la caisse primaire peut déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses pouvoirs.



Le conseil d'administration de la caisse primaire peut constituer dans chaque circonscription administrative un comité de liaison, dont il désigne les membres parmi les diverses catégories d'administrateurs.

Au sein du comité de liaison, le nombre de représentants des assurés est supérieur à celui des représentants des employeurs. Chaque organisation mentionnée à l'article L. 214-6 est, sur sa demande, représentée au comité. Les attributions du comité sont fixées par une délibération du conseil d'administration approuvée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Les centres de paiement constituent les dossiers de prestations, liquident et paient les prestations. Ils peuvent accomplir toutes autres missions dont ils sont chargés par la caisse primaire.

### **Article R211-3**

Les sections locales effectuent, pour le compte de la caisse primaire, la constitution des dossiers de prestations, de liquidation et le paiement des prestations et peuvent accomplir toutes autres missions dont elles sont chargées par le conseil d'administration de la caisse.

Les sections locales sont tenues de se conformer aux règles fixées par le décret prévu à l'article L. 256-2.

Peuvent être chargées de l'accomplissement des différentes missions qui incombent aux sections locales, dans la circonscription pour laquelle elles ont été habilitées pour leurs membres et pour les assurés ayant exercé en leur faveur le choix prévu à l'article R. 312-2, les mutuelles et unions de mutuelles, ainsi que les sections créées conformément aux statuts de ces mutuelles ou unions. Elles peuvent utiliser les correspondants locaux ou d'entreprises agréés par la caisse.

Elles peuvent être habilitées dans le cadre d'un département par plusieurs caisses primaires, sous réserve de créer une section distincte par caisse.

### **Article R211-4**

Le comité de gestion de chaque section de caisse primaire comprend au moins cinq membres désignés par le conseil d'administration de la caisse parmi les différentes catégories d'administrateurs. Au sein de ce comité le nombre de représentants des assurés est supérieur à celui des représentants des employeurs. Chaque organisation mentionnée à l'article L. 214-6 est, sur sa demande, représentée au comité.

Les représentants des salariés au comité de gestion de chaque section doivent être des assurés sociaux relevant de cette section.

Lorsqu'il est fait appel, pour la gestion d'une section à un groupement mutualiste dont le conseil d'administration ne comprend pas au moins deux tiers d'assurés sociaux relevant de la section, la

gestion est confiée à un comité d'au moins six membres désignés par ledit conseil et remplissant cette condition.

### **Article R211-5**

Lorsqu'ils sont habilités dans les conditions définies à l'article L. 211-4, les groupements mutualistes jouent, selon qu'ils comptent cent assurés dans un même établissement ou dans une même localité ou agglomération, le rôle de correspondant d'entreprise ou le rôle de correspondant local pour leurs membres et pour les assurés ayant exercé, en leur faveur, le choix prévu à l'article R. 312-2. Dans les deux cas, ils assurent, à ce titre, la constitution des dossiers et le paiement des prestations.

### **Article R211-6**

Lorsqu'il est fait appel à leur compétence et dans la limite de celle-ci, les correspondants d'entreprise sont chargés de constituer les dossiers des assurés sociaux travaillant dans l'entreprise et de transmettre ces dossiers, en vue du paiement des prestations, soit à la caisse primaire, soit à la section dont relèvent les assurés.

Les correspondants locaux accomplissent les mêmes missions en ce qui concerne les assurés sociaux résidant dans la circonscription qui leur est attribuée.

Les correspondants locaux et d'entreprise peuvent, en outre, recevoir du conseil d'administration de la caisse des missions plus étendues.

### **Article R211-7**

Les correspondants d'entreprise sont désignés soit par le comité d'entreprise, soit, en l'absence de comité, par accord entre le personnel et le chef d'entreprise. Ils doivent obtenir l'agrément de la caisse primaire d'assurance maladie.

Les correspondants locaux sont désignés par la caisse. Ils ne peuvent être choisis parmi les personnes exerçant l'un des commerces ci-après : hôtelier, logeur, restaurateur, débitant de boissons, commerce de détail de toutes marchandises.

### **Article R211-8**

Les correspondants locaux ne peuvent accomplir les missions dont ils sont chargés dans les locaux ou dans les dépendances des locaux occupés par les exploitations mentionnées au deuxième alinéa de l'article précédent.

## **Article R211-9**

Les correspondants locaux et d'entreprise prévus à l'article R. 211-6 sont considérés comme mandataires de la caisse et engagent la responsabilité de celle-ci dans la mesure où la caisse leur confie des fonds en vue du paiement des prestations.

Les groupements mutualistes habilités, conformément à l'article R. 211-5, à jouer le rôle de correspondants locaux ou d'entreprise, agissent en tant que mandataires de l'assuré et sont responsables des fonds qui peuvent leur être confiés par la caisse.

## **Article R211-11**

La commission consultative des professions de santé instituée auprès des caisses d'assurance maladie et des caisses générales de sécurité sociale des départements mentionnés à l'article L. 751-1 [\*DOM\*] est composée de représentants des professions médicales et d'auxiliaires médicaux régies par le code de la santé publique et désignés par les organisations syndicales de la circonscription affiliées aux organisations syndicales nationales les plus représentatives au sens des articles L. 314-5, L. 314-9, L. 314-10, L. 314-13 et L. 314-15.

Chaque organisation désigne :

- 1°) trois titulaires et trois suppléants pour les médecins ;
- 2°) deux titulaires et deux suppléants pour les chirurgiens-dentistes ;
- 3°) deux titulaires et deux suppléants pour les pharmaciens ;
- 4°) deux titulaires et deux suppléants pour les masseurs-kinésithérapeutes ;
- 5°) deux titulaires et deux suppléants pour les infirmiers ;
- 6°) un titulaire et un suppléant pour chacune de autres professions de santé.

Les membres de la commission doivent exercer dans le ressort de la caisse. Ils sont désignés pour la durée du mandat du conseil d'administration de la caisse. Toutefois, les personnes qui cessent d'appartenir à l'organisation qui les a désignées sont déchues de leur mandat. Les membres appelés à les remplacer siègent pour la durée du mandat restant à courir.

La commission élit son président.

Elle peut être consultée par le conseil d'administration sur les questions de sa compétence.

Elle désigne en son sein l'expert qui siège avec voix consultative au conseil d'administration.

## **Chapitre 2 : Caisses d'allocations familiales**

### **Section 1 : Dispositions générales.**

#### **Article R212-1**

La circonscription et le siège des caisses d'allocations familiales sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, compte tenu des circonscriptions territoriales des caisses primaires d'assurance maladie.

#### **Article R212-2**

Sont affiliés à la caisse d'allocations familiales tous les employeurs dont l'établissement se trouve situé dans sa circonscription, ainsi que les travailleurs indépendants qui y exercent leur activité.

#### **Article R212-3**

En cas de vacance de l'emploi de directeur d'une caisse d'allocations familiales, le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales désigne la personne chargée d'assurer l'intérim dans l'attente d'une nomination.

## **Chapitre 3 : Unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF).**

#### **Article R213-1**

Le conseil d'administration de chaque union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales comprend vingt membres, à raison de :

1°) douze représentants des assurés sociaux ;

2°) cinq représentants des employeurs ;

3°) trois représentants des travailleurs indépendants, parmi lesquels un représentant des professions industrielles et commerciales, un représentant des professions artisanales et un représentant des professions libérales.

Les administrateurs peuvent être choisis parmi les membres des conseils d'administration des caisses ou en dehors d'eux.

## **Article R213-2**

Les représentants des employeurs sont conjointement désignés par le conseil national du patronat français et la confédération générale des petites et moyennes entreprises.

Les sièges de représentants des assurés sociaux sont répartis entre les organisations syndicales nationales représentatives à la représentation proportionnelle avec application de la règle du plus fort reste. Un arrêté du préfet du département dans lequel l'union de recouvrement a son siège fixe, sur ces bases, le nombre de sièges revenant à chaque organisation.

Les représentants des travailleurs indépendants sont désignés respectivement par le bureau de l'assemblée permanente des chambres de commerce et d'industrie, le bureau de l'assemblée permanente des chambres de métiers et de l'artisanat de région et l'organisation nationale représentative des professions libérales qui a obtenu le plus grand nombre de voix dans la circonscription de l'union aux élections aux conseils d'administration des caisses d'allocations familiales. Le préfet désigne, sur cette base, cette organisation.

## **Article R213-3**

Chaque organisation professionnelle nationale ayant désigné un ou des représentants à l'un des conseils d'administration mentionnés à l'article R. 213-1 ci-dessus peut désigner un nombre égal d'administrateurs suppléants.

## **Article R213-4**

En cas de vacance de l'emploi de directeur d'une union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale désigne la personne chargée d'assurer l'intérim dans l'attente d'une nomination.

## **Article R213-5**

Les dispositions des articles L. 281-4, L. 281-5, R. 231-1, R. 281-4 et R. 281-6 sont applicables aux conseils 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**

### **Article R215-1**

Les nominations aux emplois de direction des services chargés de la gestion de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage au sein des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ne peuvent être prononcées qu'après avis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage.

### **Article R215-1-1**

Les sièges à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 215-4-1 sont ainsi répartis :

1° Pour les représentants des assurés sociaux :

- a) Confédération générale du travail : un ;
- b) Confédération française démocratique du travail : un ;
- c) Confédération générale du travail-Force ouvrière : un ;
- d) Confédération française des travailleurs chrétiens : un ;
- e) Confédération française de l'encadrement-CGC : un ;

2° Pour les représentants des employeurs :

- a) Mouvement des entreprises de France : trois ;
- b) Confédération des petites et moyennes entreprises : un ;
- c) Union professionnelle artisanale : un.

### **Article R215-1-2**

Les dispositions relatives au fonctionnement du conseil d'administration de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail sont applicables à la commission des accidents du travail et des

maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 215-4-1.

### **Article R215-4**

I.-Pour la mise en œuvre de l'article R. 142-1, les réclamations contre les décisions de la Caisse nationale d'assurance vieillesse concernant des assurés sociaux de la région parisienne sont portées devant la commission de recours amiable constituée au sein du conseil d'administration de la caisse nationale.

II.-Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail informent la Caisse nationale d'assurance vieillesse de toutes les décisions rendues par les juridictions mentionnées aux chapitres II, III et IV du titre IV du livre Ier en matière d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage.

### **Article R215-5**

En cas de vacance de l'emploi de directeur d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, une personne chargée d'assurer l'intérim est désignée, dans l'attente d'une nomination, conjointement par le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et le directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

## **Chapitre 6 : Constitution et groupement des caisses**

### **Section 2 : Groupement des caisses**

#### **Article R216-1**

Des arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale peuvent fixer les conditions dans lesquelles des caisses primaires d'assurance maladie, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg, des caisses d'allocations familiales ou leurs unions sont tenues d'organiser des services communs qui se substituent à leurs services respectifs pour l'accomplissement d'opérations de même nature relevant de leurs attributions et énumérées par lesdits arrêtés. Ces services communs sont gérés pour l'ensemble des caisses intéressées par la caisse désignée par l'arrêté organisant le service commun.

#### **Article R216-2**

Les arrêtés mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 216-2 et au deuxième alinéa de l'article L. 216-4 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

L'approbation mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 216-4 est donnée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Section 2 bis : Caisse commune de sécurité sociale.**

### **Article R216-3**

Le conseil de la caisse commune de sécurité sociale comprend :

1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés représentatives au plan national dont les sièges sont ainsi répartis :

- a) Confédération générale du travail : 2 ;
- b) Confédération française démocratique du travail : 2 ;
- c) Confédération générale du travail-Force ouvrière : 2 ;
- d) Confédération française des travailleurs chrétiens : 1 ;
- e) Confédération française de l'encadrement-CGC : 1 ;

2° Huit représentants d'employeurs et de travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives :

- a) Cinq représentants des employeurs désignés à raison de :

Trois par le Mouvement des entreprises de France ;

Un par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;

Un par l'Union professionnelle artisanale ;

- b) Trois représentants des travailleurs indépendants désignés à raison de :

Un par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;

Un par l'Union professionnelle artisanale ;

Un représentant désigné conjointement par l'Union nationale des professions libérales et la Chambre nationale des professions libérales ;

3° Si la caisse commune exerce les missions des caisses primaires d'assurance maladie, deux représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ainsi que deux représentants des institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie désignées par le préfet ;

4° Si la caisse commune exerce les missions des caisses d'allocations familiales, deux représentants des associations familiales désignées soit par l'union départementale des associations familiales mentionnée à l'article L. 211-2 du code de l'action sociale et des familles, soit par l'Union nationale des associations familiales mentionnée au même article si, dans la circonscription de la caisse, il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, celles-ci ne sont pas parvenues à un accord sur cette désignation ;

5° Si la caisse commune exerce les missions des unions pour le recouvrement des cotisations de



sécurité sociale et d'allocations familiales, deux personnes qualifiées dans le domaine d'activité du recouvrement désignées par le préfet ;

6° Une personne qualifiée dans le champ de compétence de la caisse commune de sécurité sociale désignée par le préfet.

Siègent également, avec voix consultative, trois représentants élus du personnel.

L'ensemble des membres ainsi désignés participent aux délibérations et à l'exercice des missions du conseil.

## **Chapitre 7 : Dispositions communes - Dispositions d'application**

### **Section 3 : Opérations immobilières des organismes de sécurité sociale concernant l'installation de leurs services administratifs.**

#### **Article R217-1**

En vue de l'installation de leurs services administratifs, les organismes de sécurité sociale peuvent acquérir ou prendre à bail des terrains ou des immeubles bâtis, construire des immeubles ou les aliéner. Ils peuvent également réaliser des ventes ou des échanges d'immeubles dont ils n'ont plus l'utilisation.

Ces opérations doivent être décidées par le conseil ou le conseil d'administration. Elles sont soumises à l'avis des commissions instituées par le décret n° 69-825 du 28 août 1969.

#### **Article R217-2**

Une délibération du conseil d'administration ou une décision du directeur général de la caisse nationale compétente définit les opérations immobilières mentionnées à l'article R. 217-1 ci-dessus qui ne pourront être réalisées qu'avec son agrément préalable.

#### **Article R217-3**

Il est interdit d'accorder ou de recevoir, à l'occasion de toute opération immobilière, une commission ou une rémunération quelconque, sous quelque forme que ce soit et quel qu'en soit le bénéficiaire, à l'exception des honoraires légaux.

Cette stipulation doit figurer dans l'acte.

## **Section 4 : Dispositions relatives aux agents de direction**

### **Article R217-8**

Pour les nominations mentionnées aux articles L. 217-3 et L. 217-4, préalablement à la déclaration de vacance de poste de directeur ou d'agent comptable prévue à l'article R. 123-47-10, le directeur de la caisse nationale compétente ou de l'agence centrale saisit pour avis le président du conseil d'administration de l'organisme local concerné sur l'appel à candidatures envisagé. A l'issue d'un délai de huit jours à compter de la saisine, la déclaration de la vacance de poste est déclarée et publiée dans les conditions fixées par l'arrêté prévu par l'article R. 123-47-10.

### **Article R217-9**

Pour les nominations mentionnées aux articles L. 217-3 et L. 217-4, le directeur de l'organisme national compétent informe, dans les quinze jours suivant réception des avis du comité des carrières mentionnés à l'article R. 123-47-8, le conseil d'administration de l'organisme local concerné, après concertation avec son président, de la candidature retenue parmi celles ayant reçu un avis favorable de ce comité.

En l'absence d'opposition à la majorité des deux tiers du conseil d'administration dans un délai de onze jours suivant cette transmission, le directeur de l'organisme national procède à la nomination du candidat retenu.

Le secrétariat du comité des carrières des agents de direction communique aux candidats, sur leur demande et chacun pour ce qui le concerne, les avis motivés du comité.

### **Article R217-10**

Pour les nominations aux fonctions de directeur ou d'agent comptable des organismes locaux ou régionaux d'assurance maladie qui n'entrent pas dans le champ d'application de l'article L. 217-4, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés informe, dans les huit jours suivant réception des avis du comité des carrières, le conseil de la caisse de la candidature retenue parmi celles ayant reçu un avis favorable de ce comité sur l'adéquation au poste à pourvoir. En l'absence d'opposition du conseil dans le délai de onze jours suivant cette transmission, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés procède à la nomination aux fonctions du candidat proposé.

Le secrétariat du comité des carrières des agents de direction communique aux candidats, sur leur demande et chacun pour ce qui le concerne, les avis motivés du comité.

### **Article R217-11**

En application des dispositions du troisième alinéa des articles L. 217-3 et L. 217-3-1, le directeur

général ou le directeur de la caisse nationale ou de l'agence centrale, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui envisage, pour un motif autre que disciplinaire, de prendre une décision de cessation de fonction d'un directeur ou d'un agent comptable d'un organisme local ou régional de la branche dont relève l'organisme national, recueille préalablement l'avis du président du conseil ou du conseil d'administration de la caisse intéressée et en informe le service mentionné à l'article R. 155-1 compétent ainsi que le président du comité des carrières.

Il convoque l'intéressé à un entretien par lettre recommandée indiquant l'objet de la convocation en lui précisant qu'il peut se faire assister par une personne de son choix. Cet entretien ne peut avoir lieu moins de dix jours après la notification de cette lettre. Au cours de cet entretien, le directeur général ou le directeur de la caisse nationale ou de l'agence centrale informe l'intéressé de la décision envisagée et recueille ses observations.

Après avoir pris connaissance des avis demandés et au plus tard dans les quinze jours suivant l'entretien, le directeur général ou le directeur de la caisse nationale ou de l'agence centrale notifie sa décision motivée de cessation de fonctions à l'agent concerné, au président du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme local ou régional ainsi qu'au service mentionné à l'article R. 155-1.

La décision de cessation de fonctions ne vaut pas licenciement. Jusqu'à son reclassement dans un organisme de sécurité sociale, dans les conditions prévues par la convention collective, l'intéressé est rattaché pour sa gestion, pour une période qui ne saurait excéder six mois, à l'organisme national chargé de la branche dont il relève. Durant cette période, il se voit confier par la caisse nationale ou l'agence centrale une mission correspondant à sa qualification et à ses compétences. Il peut effectuer cette mission au sein d'un organisme régional ou local de la branche dans laquelle il exerce. Il bénéficie, durant cette période, du maintien de l'ensemble des éléments de la rémunération qu'il percevait dans ses fonctions précédentes. Il lui est fait application des dispositions prévues par la convention collective pour sa nomination dans son nouveau poste.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses**

#### **Titre 2 : Organismes nationaux**

##### **Chapitre 1 : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés**

###### **Section 1 : Conseil**

###### **Sous-section 1 : Compétence**

###### **Article R221-1**

Le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés exerce les attributions mentionnées à l'article L. 221-3.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6, après avoir pris connaissance du rapport de certification prévu à l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières, il approuve, sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres, les comptes annuels qui lui sont présentés par le directeur général et l'agent comptable.

Il établit le règlement intérieur.

###### **Sous-section 2 : Composition**

###### **Article R221-2**

Le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés mentionné à l'article L. 221-3 est composé de trente-cinq membres comprenant :

1° Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national dont les sièges sont ainsi répartis :

a) Confédération générale du travail : trois ;

- b) Confédération française démocratique du travail : trois ;
- c) Confédération générale du travail-Force ouvrière : trois ;
- d) Confédération française des travailleurs chrétiens : deux ;
- e) Confédération française de l'encadrement-CGC : deux ;

2° Treize représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives dont les sièges sont ainsi répartis :

- a) Mouvement des entreprises de France : sept ;
- b) Confédération générale des petites et moyennes entreprises : trois ;
- c) Union professionnelle artisanale : trois ;

3° Trois représentants désignés par la Fédération nationale de la mutualité française ;

4° Quatre représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie désignées par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

5° Deux personnalités qualifiées dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'Etat mentionnée à l'article D. 231-1.

Siègent également aux séances du conseil avec voix consultative trois représentants du personnel, représentant respectivement les employés et assimilés, les praticiens conseils et les cadres, élus.

Assistent au conseil le directeur général, l'agent comptable et le membre du corps du contrôle général économique et financier.

Des commissaires du Gouvernement représentent les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Ils sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

### **Sous-section 3 : Fonctionnement**

#### **Article R221-3**

Le conseil élit en son sein le président et le vice-président. L'élection a lieu au scrutin secret. Aux premier et deuxième tours de scrutin, l'élection a lieu à la majorité absolue des suffrages exprimés, exclusion faite des bulletins blancs ou nuls, et, au troisième tour, à la majorité relative des suffrages exprimés et, en cas de partage des voix, au bénéfice de l'âge.

#### **Article R221-4**

Lorsque la réunion du conseil intervient à la demande du ou des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ou de la moitié au moins des membres du conseil, la convocation est de droit dans les vingt jours suivant la réception de la demande. Les questions dont les ministres chargés de

la tutelle ou la moitié des membres du conseil demandent l'inscription à l'ordre du jour sont inscrites de droit.

### **Article R221-5**

Le conseil ne peut valablement délibérer que si la majorité de ses membres ayant voix délibérative assistent à la séance. Si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué avec le même ordre du jour dans un délai maximal de vingt jours. Il délibère alors valablement quel que soit le nombre des membres présents. En cas d'empêchement, un membre du conseil peut donner délégation à un autre membre. Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Les délibérations du conseil sont adoptées à la majorité simple des membres présents.

Lorsque le conseil demande un second projet en application des dispositions du dix-neuvième alinéa de l'article L. 221-3, il est saisi dans les vingt jours suivant sa première délibération. Il peut s'opposer à ce second projet sur le fondement d'un avis motivé à la majorité qualifiée des deux tiers de ses membres.

### **Article R221-6**

Lorsqu'il est saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale de la proposition de nomination du directeur général, le conseil dispose d'un délai de onze jours à compter de sa saisine pour faire valoir le cas échéant son droit d'opposition. L'avis est réputé rendu en l'absence de notification au ministre chargé de la sécurité sociale dans le délai de onze jours. En cas d'opposition du conseil à la majorité des deux tiers, le ministre chargé de la sécurité sociale transmet une nouvelle proposition.

Lorsqu'il est envisagé de mettre fin aux fonctions du directeur général avant le terme de son mandat, le ministre chargé de la sécurité sociale en informe le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés qui dispose d'un délai de quinze jours à compter de sa saisine pour faire connaître son avis au ministre. L'avis est réputé défavorable en l'absence de sa notification au ministre chargé de la sécurité sociale dans le délai de quinze jours.

### **Article R221-7**

Le directeur général, l'agent comptable et le membre du corps du contrôle général économique et financier assistent, avec voix consultative, aux séances de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ils assistent, avec voix consultative, ou se font représenter aux séances des commissions ayant reçu délégation du conseil.

Le conseil ne peut se substituer ou donner des injonctions au directeur général dans l'exercice des pouvoirs propres de décision de ce dernier, ni annuler ou réformer les décisions prises à ce titre.

## **Article R221-8**

Le conseil peut constituer en son sein des commissions auxquelles il peut déléguer une partie de ses attributions.

Il peut entendre toute personne ou organisation dont il estime l'audition utile à son information.

## **Section 2 : Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles**

### **Article R221-9**

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, instituée par l'article L. 221-4, détermine les orientations de la convention d'objectifs et de gestion de la branche. Elle approuve, dans les conditions prévues au dix-neuvième alinéa de l'article L. 221-3, les budgets du Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, mentionné au 3° de l'article R. 251-1.

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles est consultée par le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés lorsque celui-ci est amené à prendre une décision susceptible d'affecter l'équilibre financier ou le fonctionnement de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles, et notamment lorsqu'il est saisi pour approbation des budgets du Fonds national de la gestion administrative, du Fonds national du contrôle médical et du Fonds national d'action sanitaire et sociale. Le règlement intérieur du conseil précise les délais à l'intérieur desquels l'avis de la commission doit être rendu.

Chaque année, le directeur général soumet à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles les propositions relatives aux éléments de calcul des cotisations mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 242-5.

## **Section 3 : Directeur général**

### **Article R221-10**

Pour l'application de l'article L. 221-3-1 le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en oeuvre les orientations et décisions adoptées par le conseil et, pour l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, celles adoptées par la commission mentionnée à l'article L. 221-4. Il peut, le cas échéant, recevoir délégation de ces deux instances.

Il est responsable de la mise en oeuvre de la politique de gestion du risque ainsi que de celle de la réalisation des objectifs définis dans la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 227-1. Il assure la coordination et l'homogénéité de la gestion du risque sur l'ensemble du territoire.

Le directeur général a seule autorité sur le personnel, fixe l'organisation du travail dans les services et assure la discipline générale. Sous réserve de dispositions législatives ou réglementaires donnant compétence à une autre autorité, il prend toutes mesures individuelles concernant la gestion du personnel.

Le directeur général assure la gestion des budgets nationaux de gestion et d'intervention et arrête notamment les états prévisionnels. Il est l'ordonnateur des recettes et des dépenses. Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, il arrête les comptes annuels ainsi que les comptes combinés établis par l'agent comptable. Il peut désigner des ordonnateurs secondaires. Il peut déléguer sa signature à ceux de ses collaborateurs qui exercent une fonction de direction au sein de l'établissement pour effectuer en son nom soit certains actes, soit tous les actes relatifs à certaines de ses attributions.

Il représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il conclut au nom de l'établissement public tous les contrats, conventions et marchés. Il prend les actes d'acquisition et d'aliénation des biens mobiliers et immobiliers et accepte les dons et legs. Il peut signer des transactions sur les litiges.

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur général, ses fonctions sont exercées par un agent de direction de l'établissement public désigné préalablement à cet effet par le directeur général.

## **Article R221-11**

Le directeur général rend compte périodiquement au conseil de la mise en oeuvre de ses orientations et de sa gestion de l'établissement et du réseau.

Il remet au conseil, au plus tard à la fin du premier semestre de chaque année, un rapport d'activité pour l'année écoulée retraçant notamment les orientations définies par le conseil, les actions mises en oeuvre pour les atteindre et les résultats constatés.

## **Article R221-12**

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe la liste des actes du directeur général qui leur sont communiqués sous dix jours. Dans un délai de quinze jours à compter de leur réception, les ministres peuvent, par décision motivée, faire connaître leur opposition à leur mise en oeuvre si ces actes comportent des dispositions non conformes aux lois et règlements en vigueur. Ils peuvent également, pour les actes relatifs à la gestion administrative de l'établissement figurant sur cette liste, s'opposer à leur mise en oeuvre s'il apparaît que ces actes



méconnaissent la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 227-1.

Dans les conditions prévues par cette convention, le directeur général communique toute information et réalise toute étude que les ministres chargés de la tutelle jugent utiles.

### **Article R221-13**

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peut faire usage du pouvoir de suspension ou d'annulation dont il dispose en application du douzième alinéa de l'article L. 221-3-1 sur les délibérations des conseils et les décisions des directeurs des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail à compter de la notification de ces décisions à l'organisme national.

Ces décisions ne deviennent exécutoires que si, à l'expiration d'un délai de quinze jours suivant leur réception, elles n'ont pas été suspendues ou annulées par le directeur général de l'organisme national pour un motif tenant à leur méconnaissance des dispositions de la convention d'objectifs et de gestion ou du contrat pluriannuel de gestion. Le directeur général peut suspendre ces décisions pour demander un complément d'information. Le délai de quinze jours court à nouveau à compter du jour où les informations requises ont été fournies à la caisse nationale. Les décisions prises par le directeur général portant suspension ou annulation sont communiquées au service mentionné à l'article R. 155-1, et, lorsqu'elles concernent une délibération, au président du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

## **Section 4 : Agent comptable**

### **Article R221-14**

L'agent comptable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est nommé par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis conforme du directeur général. Il est placé sous l'autorité administrative de celui-ci.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, il présente au conseil, avec le directeur général, les comptes annuels et les comptes combinés.

Il établit les comptes des branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2.

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement de l'agent comptable, ses fonctions sont exercées par un agent de direction de l'établissement désigné à cet effet par l'agent comptable.

## **Article R221-15**

Sous réserve des dispositions de l'article R. 114-6-1, les opérations financières et comptables de l'établissement sont effectuées conformément aux dispositions du décret n° 53-1227 du 10 décembre 1953 relatif à la réglementation applicable aux établissements publics nationaux à caractère administratif et du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général sur la comptabilité publique. Toutefois, le compte financier est établi par l'agent comptable, arrêté par le directeur et approuvé lors de la même séance du conseil d'administration que celle qui approuve les comptes annuels et les comptes combinés.

## **Chapitre 2 : Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés**

### **Article R222-1**

La Caisse nationale d'assurance vieillesse coordonne et contrôle la gestion de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, notamment en ce qui concerne la tenue des comptes des assurés, les modalités de liquidation des droits et de paiement des prestations, l'utilisation d'imprimés et, plus généralement, l'organisation et le fonctionnement des services chargés de gérer l'assurance vieillesse et l'assurance veuvage.

### **Article R222-2**

La Caisse nationale d'assurance vieillesse peut procéder à toutes les enquêtes nécessaires sur les méthodes de gestion relatives à l'assurance vieillesse, à l'assurance veuvage et à l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées.

## **Chapitre 3 : Caisse nationale des allocations familiales**

### **Article R223-1**

Le remboursement aux organismes prestataires par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités ou allocations mentionnées au 6° de l'article L. 223-1 ainsi que des frais de gestion afférents est effectué selon l'une des modalités suivantes :

I. - Lorsque les organismes concernés ne versent pas de prestations familiales, les conditions de ce remboursement ainsi que les pièces ou états justificatifs à produire sont fixées par convention conclue entre la Caisse nationale des allocations familiales et chaque organisme national. Ces conventions peuvent prévoir le versement d'acomptes, calculés en fonction des dépenses constatées au cours de l'exercice précédent.

II. - Lorsque les organismes concernés versent des prestations familiales, ce remboursement est effectué annuellement au vu d'un état récapitulatif produit à l'occasion des opérations de centralisation des comptes.

## **Chapitre 4 : Dispositions communes aux caisses nationales - Dispositions d'application.**

### **Article R224-1**

Le conseil d'administration de chaque caisse nationale règle par ses délibérations les affaires de la caisse soit sur proposition de son président, de ses membres ou du directeur, soit sur l'initiative du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le conseil d'administration établit le règlement intérieur de la caisse.

Le conseil d'administration de chaque caisse nationale assure la gestion des fonds nationaux relevant respectivement de cette caisse. Il arrête notamment les états prévisionnels et les budgets afférents à ces divers fonds.

Le conseil d'administration délibère sur les matières pour lesquelles son intervention est expressément prévue aux termes des décrets n° 53-1227 du 10 décembre 1953 et n° 62-1587 du 29 décembre 1962, et notamment sur les budgets et les comptes annuels propres à la caisse. Il délibère également sur le rapport annuel du directeur relatif au fonctionnement administratif et financier.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

### **Article R224-2**

Le conseil d'administration des caisses nationales, des allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs salariés peut être convoqué en dehors des séances normales par le président, soit à l'initiative de celui-ci, soit sur l'invitation du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé du budget.

Le directeur et l'agent comptable assistent aux séances du conseil d'administration.

### **Article R224-3**

Le conseil ou conseil d'administration de chaque caisse nationale peut constituer et son sein des commissions et leur déléguer une partie de ses attributions.

Il peut également constituer des commissions comprenant des personnalités qui n'appartiennent pas au conseil ; mais il ne peut déléguer d'attributions aux commissions ainsi composées.

Le conseil ou conseil d'administration fixe la durée des fonctions des membres des commissions qui n'appartiennent pas au conseil. En tout état de cause, ces fonctions prennent fin à l'expiration du mandat des membres du conseil ou administrateurs. Elles sont renouvelables.

Les commissions comprennent des représentants désignés parmi les différentes catégories de membres du conseil ou administrateurs, le nombre de représentants des assurés sociaux étant égal à celui des représentants des employeurs et, pour les commissions des organismes visés aux articles L. 223-3 et L. 225-3, égal à celui des représentants des employeurs et des travailleurs indépendants.

#### **Article R224-4**

Les commissaires du Gouvernement représentant le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget auprès des caisses nationales de l'assurance maladie, des allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs salariés assistent aux séances du conseil ou des conseils d'administration et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

#### **Article R224-5**

Dans les dix jours qui suivent la séance, les procès-verbaux des délibérations du conseil ou du conseil d'administration sont envoyés au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

En cas d'urgence, le ministre chargé de la sécurité sociale peut après entente avec le ministre chargé du budget viser, pour exécution immédiate, une délibération qui lui a été communiquée en application de l'article L. 224-10.

#### **Article R224-6**

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est nommé par décret sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale, après avis du conseil, qui s'oppose à la nomination à la majorité des deux tiers de ses membres. Le directeur des autres caisses nationales est nommé par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale après avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné.

Le directeur ou le directeur général nomme, le cas échéant, un ou plusieurs directeurs délégués, directeurs adjoints et sous-directeurs.

Les opérations de recettes et de dépenses sont effectuées par un agent comptable nommé par arrêté

conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R224-7**

Le directeur des organismes visés aux articles L. 222-1 et L. 223-1 assure le fonctionnement desdits organismes sous le contrôle du conseil d'administration. Il exécute les décisions du conseil d'administration et peut, le cas échéant, en recevoir délégation. Il exécute les décisions du conseil d'administration. Il peut, le cas échéant, en recevoir délégation.

Le directeur a seule autorité sur le personnel, fixe l'organisation du travail dans les services et assure la discipline générale ; sous réserve des dispositions législatives ou réglementaires donnant compétence à une autre autorité, il prend toutes mesures individuelles concernant la gestion du personnel.

Le directeur soumet chaque année au conseil d'administration les projets d'états prévisionnels et les projets de budgets prévus au quatrième alinéa de l'article R. 224-1.

Le directeur est ordonnateur des recettes et des dépenses de la caisse.

Le directeur peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature à un ou plusieurs agents de la caisse pour effectuer en son nom soit certains actes, soit tous les actes relatifs à certaines de ses attributions.

En cas de vacance de l'emploi de directeur, d'absence momentanée ou d'empêchement de celui-ci, ses fonctions sont exercées par le directeur adjoint ou, à défaut, par un sous-directeur.

### **Article R224-8**

Au conseil d'administration de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, le nombre de sièges attribués aux représentants d'une part des assurés sociaux, d'autre part des employeurs, ainsi que la répartition de ces sièges entre les organisations représentant chacune de ces deux catégories d'administrateurs sont identiques à ceux retenus pour la composition des conseils des organismes visés à l'article L. 211-2.

Les suppléants sont désignés conformément aux dispositions du I de l'article L. 231-3.

Le président du conseil d'administration de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale est élu en son sein par le conseil.

### **Article R224-9**

Dans le cas où un administrateur de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, représentant les assurés sociaux ou les employeurs, cesse d'appartenir à l'organisation qui a procédé à sa désignation, il est immédiatement mis fin à ses fonctions et l'organisation désigne un nouvel administrateur. Les fonctions de cet administrateur prennent fin en même temps que celles des autres administrateurs de l'union.

## **Chapitre 5 : Agence centrale des organismes de sécurité sociale.**

### **Article R225-1**

Le conseil d'administration de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale comprend quinze membres, à raison de :

1°) cinq représentants de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

2°) cinq représentants de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

3°) cinq représentants de la caisse nationale des allocations familiales.

Les représentants de chaque caisse nationale sont désignés par le conseil d'administration parmi ses membres.

Neuf des quinze membres du conseil d'administration de l'agence sont choisis parmi les administrateurs assurés sociaux et six parmi les administrateurs employeurs.

La répartition des sièges entre les organisations représentant les assurés sociaux s'effectue sur la base du total des voix obtenues par ces organisations au niveau national lors des élections aux conseils d'administration des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses d'allocations familiales et selon la règle de la représentation proportionnelle au plus fort reste.

Si cette répartition n'est pas respectée ou si l'une ou plusieurs des organisations syndicales nationales représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail ne sont pas représentées, le ministre chargé de la sécurité sociale invite les conseils d'administration des trois caisses nationales à procéder à une nouvelle délibération.

Selon les mêmes règles, chaque conseil désigne en outre un nombre de suppléants égal à celui des représentants titulaires de la caisse.

Dans le cas où un administrateur cesse d'appartenir au conseil d'administration de la caisse nationale qu'il représente, il est immédiatement mis fin à ses fonctions et la caisse désigne un nouvel administrateur. Les fonctions de cet administrateur prennent fin en même temps que celles des autres administrateurs de l'agence.

## **Article R225-2**

Pour l'application de l'article L. 225-3, le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture sont représentés chacun auprès de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale par un commissaire du Gouvernement.

Pour l'application du même article, le ministre chargé du budget est représenté par deux commissaires du Gouvernement.

Les commissaires du Gouvernement assistent aux séances du conseil d'administration et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

## **Article R225-3**

Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de l'agence soit sur proposition de son président, de ses membres, ou du directeur, soit sur l'initiative du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé du budget.

Le conseil d'administration établit le règlement intérieur de l'agence.

Il prend les décisions nécessaires à l'application de l'article L. 225-1 et des textes pris pour son exécution.

Il délibère sur les matières pour lesquelles son intervention est expressément prévue aux termes des décrets n° 53-1227 du 10 décembre 1953 et n° 62-1587 du 29 décembre 1962 et, notamment, sur le budget et les comptes annuels de l'agence. Il délibère également sur le rapport annuel du directeur relatif au fonctionnement administratif et financier.

Le conseil d'administration peut désigner des commissions et leur déléguer une partie de ses attributions dans les mêmes conditions que celles définies à l'article R. 224-3.

## **Article R225-4**

Le conseil d'administration de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale se réunit au moins une fois tous les trois mois. Il peut être convoqué en dehors des séances normales par le président soit à l'initiative de celui-ci, soit sur l'invitation du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé du budget.

Le directeur et l'agent comptable assistent aux séances du conseil d'administration. Deux représentants du régime social des indépendants, dont le directeur général ou son représentant et un

administrateur désigné en son sein par le conseil d'administration de la caisse nationale, assistent également aux séances, avec voix consultative.

Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement que si la majorité des membres ayant voix délibérative assistent à la séance. Les membres du conseil d'administration ne peuvent se faire représenter aux séances.

Toutefois, ils peuvent donner délégation de vote à un autre membre du conseil d'administration. Dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Les décisions sont prises à la majorité des voix.

### **Article R225-5**

Dans les dix jours qui suivent la séance, les procès-verbaux des délibérations du conseil d'administration sont envoyés au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

En cas d'urgence le ministre chargé de la sécurité sociale peut, après entente avec le ministre chargé du budget, viser, pour exécution immédiate, une délibération qui lui a été communiquée en application de l'article L. 226-4.

### **Article R225-6**

Le directeur de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale est nommé par décret rendu sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget [\*autorité compétente\*] après avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné. Le directeur nomme, le cas échéant, un ou plusieurs directeurs délégués, directeurs adjoints et sous-directeurs.

Les opérations de recettes et de dépenses de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale sont effectuées par un agent comptable nommé par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R225-7**

Le directeur assure le fonctionnement de l'agence sous le contrôle du conseil d'administration. Il exécute les décisions du conseil d'administration. Il peut, le cas échéant, recevoir délégation de celui-ci.

Le directeur a seul autorité sur le personnel, fixe l'organisation du travail dans les services et assure la discipline générale. Sous réserve des dispositions législatives et réglementaires donnant



compétence à une autre autorité, il prend toutes mesures individuelles concernant la gestion du personnel et la discipline générale du service.

Le directeur soumet chaque année au conseil d'administration le projet de budget de l'agence.

Le directeur est ordonnateur des recettes et des dépenses.

Le directeur peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature à un ou plusieurs agents pour effectuer en son nom soit certains actes, soit tous les actes relatifs à certaines de ses attributions.

## **Chapitre 6 : Dispositions communes aux caisses nationales et à l'agence centrale**

### **Article R226-1**

Pour l'application des articles L. 151-1, L. 153-1, R. 151-1 et R. 153-1, la caisse nationale compétente est :

1°) la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés pour les décisions émanant d'une caisse primaire d'assurance maladie ou d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, à l'exclusion de celles qui sont prises en matière de recouvrement des cotisations ;

2°) la caisse nationale des allocations familiales pour les décisions émanant d'une caisse d'allocations familiales, à l'exclusion de celles qui sont prises en matière de recouvrement des cotisations ;

3°) la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés pour les décisions émanant de la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg et pour les décisions émanant d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail concernant l'exercice des attributions mentionnées aux articles R. 215-1 à R. 215-4, R. 222-1 et R. 222-2, R. 232-1, R. 251-23, R. 252-16 à R. 252-21 et R. 253-2 ;

4°) l'agence centrale des organismes de sécurité sociale pour les décisions émanant d'une union de recouvrement et pour celles afférentes au recouvrement des cotisations mentionnées aux 1° et 2° du premier alinéa du présent article.

Pour l'application des dispositions des articles L. 151-1 et R. 151-1, l'union des caisses nationales est substituée à la caisse nationale compétente dans les matières pour lesquelles elle a reçu délégation des caisses nationales en vertu de l'article L. 224-5.

Lorsque la décision ayant fait l'objet d'une mesure de suspension émane soit d'une caisse générale des départements d'outre-mer, soit d'une union ou fédération groupant des organismes de natures

différentes, la caisse nationale compétente est déterminée :

1°) pour l'application du deuxième alinéa de l'article R. 151-1, compte tenu de l'objet des dispositions réputées enfreintes ;

2°) pour l'application du quatrième alinéa du même article, compte tenu de la nature du risque en cause.

## **Article R226-2**

Pour l'application des dispositions du quatrième alinéa de l'article R. 151-1, la caisse nationale compétente est saisie après nouvelle délibération du conseil ou le conseil d'administration de l'organisme dont la décision a été suspendue par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

## **Article R226-3**

Le contrôle des caisses nationales et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale prévu aux articles L. 221-2, L. 222-4, L. 223-2 et L. 225-2 est exercé par le ministre chargé de la sécurité sociale et par le ministre chargé du budget.

## **Article R226-4**

L'opposition prévue à l'article L. 224-10 est exercée par le ministre chargé de la sécurité sociale ou par le ministre chargé du budget.

Le délai prévu au même article est fixé à vingt jours à compter de la communication des délibérations.

## **Article R226-5**

Les marchés sont passés dans les formes et les conditions prescrites pour les marchés de l'Etat.

## **Article R226-6**

Les caisses nationales et l'agence centrale des organismes de sécurité sociale sont tenues de fournir au ministre chargé de la sécurité sociale, dans les formes et conditions fixées par celui-ci, les

statistiques concernant les régimes de sécurité sociale dont elles assument la gestion.

## **Chapitre 8 : Conseils de surveillance**

### **Article R228-1**

Le conseil de surveillance de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est composé de trente-quatre membres comprenant :

1° Trois députés désignés par le président de l'Assemblée nationale ;

2° Trois sénateurs désignés par le président du Sénat ;

3° Un maire désigné par l'Association des maires de France ;

4° Un président de conseil général désigné par l'Assemblée des présidents de conseils généraux ;

5° Trois représentants des retraités et des personnes âgées, désignés par le Comité national des retraités et des personnes âgées institué par le décret n° 82-697 du 4 août 1982 ;

6° Quatre représentants des professions de santé désignés par le Centre national des professions de santé ;

7° Trois représentants des établissements de santé, désignés respectivement par la Fédération hospitalière de France, par la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif et, conjointement, par la Fédération intersyndicale des établissements hospitaliers privés et par l'Union hospitalière privée ;

8° Deux représentants des personnels des établissements de santé, dont :

a) Un représentant des personnels médicaux, désigné conjointement par les conférences des présidents de commission médicale d'établissement ;

b) Un représentant des personnels non médicaux, désigné par le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière ;

9° Dix représentants des organisations oeuvrant dans le domaine économique, sanitaire ou social, désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale et choisis notamment au sein d'organismes oeuvrant dans le domaine de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, d'organismes oeuvrant dans le secteur de l'action sociale et de la santé, d'associations représentatives des handicapés et des accidentés du travail, d'associations familiales et d'organismes de protection sociale complémentaire

;

10° Quatre personnalités qualifiées désignées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R228-2**

Le conseil de surveillance de la Caisse nationale des allocations familiales est composé de vingt-neuf membres comprenant :

1° Trois députés désignés par le président de l'Assemblée nationale ;

2° Trois sénateurs désignés par le président du Sénat ;

3° Un maire désigné par l'Association des maires de France ;

4° Un président de conseil général désigné par l'Assemblée des présidents de conseils généraux ;

5° Trois représentants des retraités et des personnes âgées désignés par le Comité national des retraités et des personnes âgées institué par le décret du 4 août 1982 précité ;

6° Quatorze représentants des organisations oeuvrant dans le domaine économique et social, désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale et choisis notamment au sein d'associations familiales, d'organismes oeuvrant dans le domaine de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, d'associations représentatives des handicapés et accidentés du travail et d'associations de veuves ;

7° Quatre personnalités qualifiées désignées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R228-3**

Le conseil de surveillance de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés est composé de vingt-sept membres comprenant :

1° Trois députés désignés par le président de l'Assemblée nationale ;

2° Trois sénateurs désignés par le président du Sénat ;

3° Un maire désigné par l'Association des maires de France ;

4° Un président de conseil général désigné par l'Assemblée des présidents de conseils généraux ;

5° Trois représentants des retraités et des personnes âgées désignés par le Comité national des retraités et des personnes âgées institué par le décret du 4 août 1982 précité ;

6° Douze représentants des organisations oeuvrant dans le domaine économique, sanitaire ou social, désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale et choisis notamment au sein d'associations représentatives des handicapés et des accidentés du travail, d'associations familiales, d'organismes de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, d'associations de veuves, d'associations d'aide à domicile et d'institutions gérant des régimes de retraite complémentaire ;

7° Quatre personnalités qualifiées désignées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R228-4**

Le conseil de surveillance de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est composé de vingt-sept membres comprenant :

1° Trois députés désignés par le président de l'Assemblée nationale ;

2° Trois sénateurs désignés par le président du Sénat ;

3° Un maire désigné par l'Association des maires de France ;

4° Un président de conseil général désigné par l'Assemblée des présidents de conseils généraux ;

5° Trois représentants des retraités et des personnes âgées désignés par le Comité national des retraités et des personnes âgées institué par le décret du 4 août 1982 précité ;

6° Douze représentants des organisations oeuvrant dans le domaine économique ou social, désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale et choisis notamment au sein d'organismes de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, d'institutions gérant des régimes de retraite complémentaire ou des institutions du régime d'assurance chômage ;

7° Quatre personnalités qualifiées désignées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R228-5**

Les présidents des conseils de surveillance sont nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale parmi les parlementaires qui en sont membres sur désignation conjointe des présidents des deux assemblées.

Pour chacun des conseils de surveillance, un vice-président, membre de l'assemblée à laquelle n'appartient pas le président, est également nommé dans les conditions fixées à l'alinéa précédent.

## **Article R228-6**

Les fonctions de président, de vice-président et de membre du conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit. Les frais de déplacements sont remboursés dans les conditions prévues par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

## **Article R228-7**

Les crédits de fonctionnement des conseils de surveillance sont inscrits au budget de gestion administrative de chaque caisse nationale et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

## **Article R228-8**

Le secrétariat de chacun des conseils de surveillance est assuré par le secrétariat du conseil d'administration de la caisse nationale ou de l'agence centrale auprès de laquelle il est placé.

## **Article R228-9**

Le conseil de surveillance peut entendre toute personne dont l'audition lui paraît utile.

A la suite de la présentation, par la caisse nationale ou par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, du rapport sur la mise en oeuvre de la convention d'objectifs et de gestion prévu au quatrième alinéa de l'article L. 228-1, il entend les représentants des ministres signataires pour le compte de l'Etat de cette convention.

Il peut également entendre des membres du service mentionné à l'article R. 155-1 et des administrateurs ou gestionnaires des organismes locaux, ainsi que tout membre de corps d'inspection et de contrôle ayant effectué une mission dans l'un des organismes gérant la branche ou l'activité de recouvrement.

## **Article R228-10**

Le conseil de surveillance peut émettre des recommandations sur l'exécution de la convention, tant à l'intention des ministres chargés des affaires sociales et du budget qu'à celle du président du conseil d'administration de la caisse nationale et de l'agence centrale. Il peut également émettre des recommandations sur le contenu des futures conventions.

Ces recommandations sont rendues publiques.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 d'administration**

##### **Section 1 : Composition des conseils d'administration**

###### **Article R231-0**

Lorsque le siège d'une des personnalités qualifiées mentionnées au 5° de l'article R. 211-1 et au 5° de l'article R. 221-2 devient vacant en cours de mandat, la personnalité qualifiée nommée pour le pouvoir siège jusqu'au renouvellement suivant de l'ensemble du conseil.

###### **Sous-section 1 : Dispositionq générales**

###### **Sous-section 2 : Membres désignés**

##### **Section 2 : Fonctionnement.**

###### **Article R231-1**

Les conseils ou les conseils d'administration des caisses se réunissent au moins une fois tous les trois mois. Ils sont en outre convoqués par leur président toutes les fois que les besoins du service l'exigent.

Lorsqu'ils ne sont pas suppléés, les membres du conseil ou du conseil d'administration peuvent donner délégation à un autre membre du même conseil. Dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Les décisions sont prises à la majorité des voix.



## **Article R231-2**

Les membres suppléants des conseils ou des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale ne siègent qu'en l'absence d'un membre titulaire appartenant à la même organisation.

## **Article R231-3**

Le silence gardé pendant plus de quatre mois par le ministre chargé du travail, saisi d'un recours hiérarchique sur une décision prise par l'inspecteur du travail dans le cadre de l'article L. 231-11, vaut décision de rejet.

## **Chapitre 2 : Transmission d'informations entre caisses en matière d'assurance vieillesse**

### **Article R232-1**

Les informations nécessaires à l'ouverture et à la tenue des comptes individuels devant servir de base à la liquidation des droits en matière d'assurance vieillesse sont obligatoirement transmises, selon le cas, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse, aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ou à la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg par les organismes qui détiennent lesdites informations, et notamment par les organismes de sécurité sociale chargés de l'immatriculation, des affiliations et du recouvrement des cotisations.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 2 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage.**

###### **Article R241-0-1**

I.-Pour l'application des dispositions de l'article L. 241-3-1 aux salariés dont l'employeur est soumis à l'obligation édictée à l'article L. 351-4 du code du travail et à ceux mentionnés à l'article L. 351-12 du même code, ces salariés doivent être titulaires :

1° Soit d'un contrat de travail à temps partiel défini par les dispositions de l'article L. 212-4-2 du code du travail ;

2° Soit d'un contrat de travail donnant lieu au versement d'une rémunération qui n'est pas déterminée en fonction du nombre d'heures de travail effectuées, à condition que cette rémunération soit inférieure à la rémunération considérée comme correspondant à celle d'une activité exercée à temps plein.

II.-Pour l'application du même article, la durée de travail à temps plein est la durée légale de travail calculée sur le mois ou, si elle lui est inférieure, la durée mensuelle de travail fixée pour la branche ou l'entreprise ou la durée mensuelle de travail applicable dans l'établissement.

###### **Article R241-0-2**

I.-Le salaire correspondant à l'activité exercée à temps plein mentionné à l'article L. 241-3-1 est égal au produit de la rémunération mensuelle et du rapport entre, d'une part, la durée du travail

mentionnée au II de l'article R. 241-0-1 et, d'autre part, le nombre d'heures rémunérées au cours du mois ou, le cas échéant, le nombre d'heures considéré comme correspondant à la rémunération mensuelle versée et calculée selon les modalités fixées par le décret prévu à l'article L. 241-3-1.

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de la rémunération mensuelle, le nombre d'heures rémunérées pris en compte au titre des périodes de suspension est égal au produit de la durée de travail que le salarié aurait effectuée s'il avait continué à travailler ou, le cas échéant, du nombre d'heures considéré comme correspondant à la rémunération mensuelle qui lui aurait été versée, par le pourcentage de la rémunération demeuré à la charge de l'employeur et soumis à cotisation.

II.-La rémunération mensuelle prise en compte pour l'application du présent article et de l'article R. 241-0-1 est la rémunération mensuelle brute constituée des gains et rémunérations définis à l'article L. 242-1, versée au salarié au cours du mois civil correspondant.

III.-Le taux des cotisations d'assurance vieillesse calculées sur la base du salaire correspondant à l'activité exercée à temps plein est celui fixé en application des deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 241-3.

IV.-Les dispositions de l'article L. 241-3-1 ne sont pas applicables s'il est fait usage, au titre du même contrat de travail, d'une assiette ou de montants forfaitaires de cotisations tels que définis aux articles L. 241-2, L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6.

V.-Les dispositions prévues par l'article L. 242-8 et par le deuxième alinéa de l'article L. 242-3 ne sont pas applicables lorsqu'il est fait usage, au titre du même contrat de travail, de la faculté prévue à l'article L. 241-3-1.

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 242-3, la rémunération à prendre en compte au titre de chacune des activités donnant lieu à l'application de l'article L. 241-3-1 est égale au salaire correspondant à l'activité exercée à temps plein, calculé selon les dispositions prévues aux I et II du présent article.

### **Article R241-0-3**

I.-Le maintien de l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse à hauteur de la rémunération correspondant à l'activité exercée à temps plein résulte de l'accord du salarié et de l'employeur. Cet accord est écrit, daté et signé par les deux parties. Il figure dans le contrat de travail initial ou dans un avenant à celui-ci si l'accord est postérieur à la conclusion du contrat.

II.-L'employeur peut prendre en charge la différence entre le montant de la cotisation salariale d'assurance vieillesse due sur le salaire correspondant à l'activité exercée à temps plein, déterminé selon les modalités prévues à l'article R. 241-0-2, et celui de la cotisation d'assurance vieillesse dont le salarié serait redevable s'il n'était pas fait usage de la faculté prévue par l'article L. 241-3-1. En ce cas, l'accord fixe la proportion, la durée et les modalités de cette prise en charge.

## **Article R241-0-4**

En cas de transformation d'un contrat de travail à temps plein en contrat à temps partiel constituant une alternative à un licenciement collectif pour motif économique, effectué dans le cadre de la procédure de l'article L. 321-2 du code du travail, le maintien de l'assiette à la hauteur de la rémunération correspondant à l'activité exercée à temps plein doit être proposé par l'employeur dans les mêmes termes à l'ensemble des salariés dont le contrat de travail à temps complet sera transformé en contrat à temps partiel pour le même motif.

La proposition comporte, le cas échéant, les modalités de prise en charge par l'employeur des cotisations dans les conditions prévues au II de l'article R. 241-0-3. Elle est notifiée à chacun des salariés concernés par lettre recommandée avec accusé de réception et intégrée au projet d'avenant par lequel le contrat de travail est transformé en contrat de travail à temps partiel.

Le salarié peut refuser cette proposition par une mention expresse portée dans l'avenant.

## **Article R241-0-5**

L'accord mentionné à l'article R. 241-0-3 peut être dénoncé par l'employeur ou par le salarié.

Toutefois, il ne peut être dénoncé par l'employeur avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa date d'effet.

L'accord peut comporter un engagement de l'employeur de ne pas procéder à sa dénonciation avant l'expiration d'un délai supérieur à celui prévu au précédent alinéa.

La dénonciation de l'accord par le salarié ou l'employeur est notifiée à l'autre partie et mentionnée dans un avenant au contrat de travail.

En cas de dénonciation, il ne peut être conclu de nouvel accord au titre du même contrat de travail avant l'expiration d'un délai de cinq ans à compter de la date d'effet de la dénonciation.

## **Article R241-0-6**

I. - Les dispositions de l'article R. 241-0-2 sont applicables aux cotisations afférentes aux rémunérations versées :

1° Soit à compter de la date fixée pour son entrée en vigueur par l'accord prévu à l'article R. 241-0-3 ou par l'avenant prévu à l'article R. 241-0-4, sans que cette date puisse être antérieure ni à la date de conclusion de cet accord ou de cet avenant ni à celle à laquelle le salarié remplit les conditions prévues à l'article R. 241-0-1 ; toutefois, si la date ainsi déterminée ne correspond pas au premier

jour d'un mois, les dispositions de l'article R. 241-0-2 sont applicables aux cotisations afférentes aux rémunérations versées à compter du premier jour du mois suivant ;

2° Soit, lorsque l'accord ou l'avenant ne fixe pas de date pour son entrée en vigueur, à compter du premier jour du mois suivant la date de sa conclusion ou bien à compter du premier jour du mois suivant la date à laquelle le salarié remplit les conditions prévues à l'article R. 241-0-1 si cette date est postérieure à la conclusion ou à la notification de l'accord ou de l'avenant.

II. - En outre, en cas de transformation d'un contrat de travail à temps complet en contrat de travail à temps partiel, la date de mise en oeuvre des dispositions de l'article R. 241-0-2 prévues au I du présent article est reculée d'un mois lorsque la rémunération afférente à la période de travail à temps complet est versée à compter de la date déterminée en application du I.

III. - Les dispositions prévues à l'article R. 241-0-2 ne sont plus applicables aux cotisations afférentes aux rémunérations versées à partir du premier jour du mois au cours duquel soit la dénonciation de l'accord par le salarié ou l'employeur est notifiée à l'autre partie, soit le salarié cesse de remplir, du fait du contrat considéré, les conditions fixées à l'article R. 241-0-1, soit le contrat de travail prend fin.

## **Section 2 : Accidents du travail et maladies professionnelles**

### **Article R241-1**

En vue de la tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, les caisses primaires et les unions de recouvrement sont tenues de fournir aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail tous les éléments financiers susceptibles de faire connaître les dépenses et les recettes, soit par employeur, soit par branche d'activité.

## **Section 3 : Prestations familiales.**

### **Article R241-2**

La cotisation d'allocations familiales des employeurs et des travailleurs indépendants est due par toute personne physique exerçant, même à titre accessoire, une activité non salariée.

Est considéré comme employeur ou travailleur indépendant :

1°) tout associé d'une société en nom collectif ;

2°) tout commandité, gérant ou non, d'une société en commandite simple et par actions ;

3°) tout gérant d'une société à responsabilité limitée qui n'est pas affilié obligatoirement aux assurances sociales, en application du 11° de l'article L. 311-3 ;

4° Tout associé unique d'une entreprise unipersonnelle 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 ;

5° Tout gérant d'une société civile ayant un objet professionnel ;

6° Toute personne relevant du groupe des professions artisanales ou du groupe des professions industrielles et commerciales, y compris les débitants de tabacs, au sens du a et du b du 1° de l'article L. 613-1 du présent code, à l'exception des artisans ruraux.

Lorsque le titulaire d'un fonds n'en assure pas lui-même l'exploitation et confie celle-ci à un tiers non salarié ou à son conjoint, ces derniers sont considérés comme employeur ou travailleur indépendant.

Les personnes qui n'occupent pas habituellement, dans l'exercice de leur activité, un personnel salarié si ce n'est leur conjoint, leurs enfants mineurs ou des apprentis munis d'un contrat d'apprentissage établi conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, sont classées comme travailleurs indépendants.

Est également assujetti au paiement de la cotisation d'allocations familiales des employeurs et travailleurs indépendants le conjoint exerçant une activité professionnelle non salariée dans la même entreprise que son époux, s'il exerce cette activité en qualité de conjoint associé au sens du chapitre IV de la loi n° 82-596 du 10 juillet 1982.

### **Article R241-3**

Le conjoint survivant qui poursuit l'exploitation de l'entreprise du de cujus est redevable, au titre du trimestre au cours duquel est survenu le décès, de la cotisation qu'aurait acquittée de son vivant le conjoint et, à compter du trimestre suivant, d'une cotisation calculée dans les conditions prévues à l'article R. 242-16.

## **Section 4 : Dispositions communes.**

### **Article R241-4**

L'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-10 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Chapitre 2 : Assiette, taux et calcul des cotisations**

### **Section 1 : Cotisations assises sur les rémunérations ou gains versés aux travailleurs salariés ou assimilés**

#### **Sous-section 1 : Dispositions générales.**

##### **Article R242-1**

Les cotisations à la charge des employeurs et des salariés ou assimilés au titre de la législation des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales sont calculées, lors de chaque paie, sur l'ensemble des sommes comprises dans ladite paie, telles qu'elles sont définies à l'article L. 242-1, y compris, le cas échéant, la valeur représentative des avantages en nature, mais déduction faite des prestations familiales mentionnées aux articles L. 511-1 et L. 755-11 à L. 755-23.

Sont incluses dans la base des cotisations les allocations complémentaires aux indemnités journalières de sécurité sociale, versées au titre de périodes d'incapacité temporaire de travail consécutive à une maladie, un accident, une maternité, en application du contrat de travail ou d'une convention collective de travail, lorsqu'elles sont destinées à maintenir en tout ou en partie, pendant ces périodes, le salaire d'activité, que ces allocations soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les dispositions ci-dessus ne sont applicables qu'aux allocations complémentaires versées au titre des périodes pendant lesquelles le contrat individuel de travail qui lie le salarié à l'employeur reste en vigueur.

Des arrêtés conjoints du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture, et du ministre chargé du budget déterminent les conditions et limites dans lesquelles la rémunération peut faire l'objet d'un abattement pour frais professionnels.

Des arrêtés conjoints du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget déterminent la valeur représentative des avantages en nature et des pourboires à prendre en considération pour le calcul des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

Le montant des rémunérations à prendre pour base de calcul des cotisations en application des alinéas précédents ne peut être inférieur, en aucun cas, au montant cumulé, d'une part, du salaire minimum de croissance applicable aux travailleurs intéressés fixé en exécution de la loi n° 70-7 du 2 janvier 1970 et des textes pris pour son application et, d'autre part, des indemnités, primes ou majorations s'ajoutant audit salaire minimum en vertu d'une disposition législative ou d'une disposition réglementaire.

Toutefois, les dispositions des alinéas précédents ne sont pas applicables aux assurés pour lesquels les cotisations sont, conformément aux articles L. 241-2, L. 241-3 et L. 241-6, fixées

forfaitairement par arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale.

La contribution ouvrière n'est pas due par le travailleur salarié ou assimilé accomplissant un travail non bénévole qui, ne percevant aucune rémunération en argent de la part de son employeur ou par l'entremise d'un tiers, ni à titre de pourboires, reçoit seulement des avantages en nature ou le bénéfice d'une formation professionnelle à la charge de l'employeur.

Dans ce cas, les cotisations patronales dues au titre des législations de sécurité sociale et d'allocations familiales sont fixées forfaitairement par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R242-1-1**

Pour le bénéfice de l'exclusion de l'assiette des cotisations prévue au sixième alinéa de l'article L. 242-1, les garanties mentionnées au même alinéa, qu'elles soient prévues par un ou par plusieurs dispositifs mis en place conformément aux procédures mentionnées à l'article L. 911-1, doivent couvrir l'ensemble des salariés.

Ces garanties peuvent également ne couvrir qu'une ou plusieurs catégories de salariés sous réserve que ces catégories permettent, dans les conditions prévues à l'article R. 242-1-2, de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées. Une catégorie est définie à partir des critères objectifs suivants :

- 1° L'appartenance aux catégories de cadres et de non-cadres résultant de l'utilisation des définitions issues des dispositions des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention ;
- 2° Les tranches de rémunérations fixées pour le calcul des cotisations aux régimes complémentaires de retraite issus de la convention nationale mentionnée au 1° ou de l'accord national interprofessionnel de retraite complémentaire du 8 décembre 1961 ;
- 3° L'appartenance aux catégories et classifications professionnelles définies par les conventions de branche ou les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés au livre deuxième de la deuxième partie du code du travail ;
- 4° Le niveau de responsabilité, le type de fonctions ou le degré d'autonomie dans le travail des salariés correspondant aux sous-catégories fixées par les conventions ou les accords mentionnés au 3° ;
- 5° L'appartenance aux catégories définies clairement et de manière non restrictive à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession ;

Ces catégories ne peuvent en aucun cas être définies en fonction du temps de travail, de la nature du contrat, de l'âge ou, sous réserve du dernier alinéa de l'article R. 242-1-2, de l'ancienneté des salariés.

## **Article R242-1-2**

Sont considérées comme couvrant l'ensemble des salariés placés dans une situation identique au regard des garanties mises en place :

- 1° Les prestations de retraite supplémentaire bénéficiant à des catégories établies à partir des critères mentionnés aux 1° à 3° de l'article R. 242-1-1 ;
- 2° Les prestations destinées à couvrir le risque de décès prévues par les dispositions de l'article 7 de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres mentionnée au 1° de l'article R. 242-1-1 ;
- 3° Les prestations destinées à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou



de décès, lorsque ce dernier est associé à au moins un des trois risques précédents, ou la perte de revenus en cas de maternité, bénéficiant à des catégories établies à partir des critères mentionnés aux 1° et 2° du même article ainsi que, sous réserve que l'ensemble des salariés de l'entreprise soient couverts, au 3° du même article ;

4° Les prestations destinées à couvrir des frais de santé ou une perte de revenu en cas de maladie, qui bénéficient à des catégories établies à partir des critères mentionnés aux 1° et 2° du même article, sous réserve que l'ensemble des salariés de l'entreprise soient couverts.

Dans tous les autres cas où les garanties ne couvrent pas l'ensemble des salariés de l'entreprise, l'employeur devra être en mesure de justifier que la ou les catégories établies à partir des critères objectifs mentionnés à l'article R. 242-1-1 permettent de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées.

Le fait de prévoir que l'accès aux garanties est réservé aux salariés de plus de douze mois d'ancienneté pour les prestations de retraite supplémentaire et les prestations destinées à couvrir des risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès, et aux salariés de plus de six mois d'ancienneté pour les autres prestations, ne remet pas en cause le caractère collectif de ces garanties.

### **Article R242-1-3**

Les garanties mentionnées à l'article R. 242-1-1 doivent être les mêmes pour tous les salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie au sens du même article.

Pour les prestations de prévoyance complémentaire, le fait de prévoir des garanties plus favorables au bénéfice de certains salariés en fonction des conditions d'exercice de leur activité ne remet pas en cause le caractère collectif de ces garanties.

### **Article R242-1-4**

Pour bénéficier de l'exclusion de l'assiette, les contributions de l'employeur mentionnées aux alinéas 6 à 9 de l'article L. 242-1 sont fixées à un taux ou à un montant uniforme pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie au sens de l'article R. 242-1-1, sauf dans les cas suivants :

1° La prise en charge par l'employeur de l'intégralité des contributions des salariés à temps partiel ou des apprentis dès lors que l'absence d'une telle prise en charge conduirait ces salariés à s'acquitter d'une contribution au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

2° La modulation par l'employeur des contributions relatives à la couverture des garanties de prévoyance complémentaire en fonction de la composition du foyer du salarié ;

3° En matière de prestations de retraite supplémentaire, d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'inaptitude, la mise en place de taux croissants en fonction de la rémunération dans la mesure où cette progression est également appliquée aux contributions des salariés.

### **Article R242-1-5**

Ni le fait de prévoir la possibilité pour les salariés de choisir de souscrire pour eux-mêmes ou leurs ayants droit des garanties supplémentaires ni la majoration des contributions de l'employeur en cas de surcotisation effectuée par les salariés au titre de ces garanties supplémentaires ne remettent en cause le caractère collectif de ces garanties.

Dans ce cas, la part des contributions de l'employeur correspondant à cette majoration ne bénéficie pas de l'exclusion de l'assiette des cotisations prévue au sixième alinéa de l'article L. 242-1.

## **Article R242-1-6**

Les garanties mentionnées à l'article R. 242-1-1 sont mises en place à titre obligatoire au profit des salariés sous réserve des facultés de dispense d'adhésion, au choix du salarié, prévues dans l'acte juridique et énoncées ci-dessous :

1° Lorsque les garanties ont été mises en place par une décision unilatérale et que le dispositif prévoit que les salariés embauchés avant la mise en place des garanties peuvent en être dispensés ;

2° Lorsque les garanties ont été mises en place par convention, accord collectif ou ratification à la majorité des intéressés, dans les conditions fixées à l'article L. 911-1, et que le dispositif prévoit, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense :

a) Des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

b) Des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

c) Des salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

3° Dans les cas où les garanties de prévoyance complémentaire ont été mises en place dans les conditions fixées à l'article L. 911-1 et où l'acte qui met en place ces garanties prévoit, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense :

a) Des salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 et des salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

b) A condition de le justifier chaque année, des salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

## **Article R242-2**

Lorsque la rémunération est réglée à des intervalles autres que ceux qui sont prévus dans les décrets pris en application du premier alinéa de l'article L. 241-3, le calcul des cotisations s'effectue dans la limite de la somme obtenue, en application des dispositions des mêmes décrets, en décomposant la période à laquelle s'applique le règlement de la rémunération en mois, quinzaines, semaines et jours ouvrables.

Si la période à laquelle s'applique le règlement de la rémunération est exprimée en jours, les cotisations peuvent également être calculées dans la limite obtenue en multipliant la somme fixée pour une rémunération mensuelle par autant de trentièmes du plafond mensuel que la période considérée comporte de jours ouvrables ou non ouvrables dans la limite de trente trentièmes.

Si la période à laquelle s'applique le règlement de la rémunération est exprimée en heures, les cotisations sont calculées dans la limite obtenue en multipliant la somme fixée pour une

rémunération mensuelle par ce nombre d'heures divisé par 151, 67.

Les éléments de rémunération versés occasionnellement, à des intervalles irréguliers, ou à des intervalles différents de la périodicité des paies sont, pour le calcul des cotisations, lorsqu'ils sont versés en même temps qu'une paie, ajoutés à celle-ci et, lorsqu'ils sont versés dans l'intervalle de deux paies, ajoutés à la paie suivante, sans qu'il soit tenu compte de la période de travail à laquelle ils se rapportent.

### **Article R242-2-1**

Pour le calcul de la cotisation vieillesse mentionnée au premier alinéa de l'article L. 241-3, due en cas de redressement d'assiette sur la base d'une rémunération forfaitaire mis en œuvre conformément aux dispositions de l'article L. 242-1-2, le plafond applicable est égal à la moitié du plafond annuel de la sécurité sociale.

### **Article R242-3**

Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 242-3 sont tenues de faire connaître à chacun de leurs employeurs, à la fin de chaque mois ou de chaque trimestre, le total de la rémunération qu'elles ont reçue au cours de ce mois ou de ce trimestre. Elles utilisent, à cet effet, une déclaration du modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Le travailleur à domicile, assuré obligatoire, est tenu de déclarer, dans les cinq premiers jours de chaque trimestre, aux chefs d'entreprise pour le compte desquels il travaille, les noms, numéros d'immatriculation et salaires des personnes qui ont travaillé avec lui au cours du trimestre précédent pour le compte desdits employeurs. Si cette déclaration ne leur a pas été faite, les chefs d'entreprise sont tenus d'en aviser l'organisme chargé du recouvrement.

Les mêmes obligations s'imposent au travailleur salarié ou assimilé qui se fait assister ou remplacer par un membre de sa famille, un aide ou remplaçant, qu'il recrute ou rémunère pour une activité exercée au profit de son employeur.

En l'absence des déclarations prévues aux alinéas précédents, chaque employeur calcule les cotisations sur la base de la rémunération totale, compte tenu des dispositions des articles R. 243-10 et R. 243-11. Toute partie intéressée peut provoquer le remboursement des cotisations versées en trop.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsqu'un employeur met en œuvre la dérogation prévue par le deuxième alinéa de l'article L. 242-3.

### **Article R242-4**

En cas de désaccord entre l'assuré et ses employeurs, l'organisme chargé du recouvrement fixe, pour chaque employeur, la fraction de la rémunération sur laquelle doivent être calculées les cotisations

de sécurité sociale.

En cas de carence de la caisse, la décision est prise par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

## **Article R242-5**

Lorsque la comptabilité d'un employeur ne permet pas d'établir le chiffre exact des rémunérations servant de base au calcul des cotisations dues, le montant des cotisations est fixé forfaitairement par l'organisme chargé du recouvrement. Ce forfait est établi compte tenu des conventions collectives en vigueur ou, à défaut, des salaires pratiqués dans la profession ou la région considérée. La durée de l'emploi est déterminée d'après les déclarations des intéressés ou par tout autre moyen de preuve. Lorsque l'employeur ou le travailleur indépendant ne met pas à disposition les documents ou justificatifs nécessaires à la réalisation du contrôle engagé en application de l'article L. 243-7 ou lorsque leur présentation n'en permet pas l'exploitation, le montant des cotisations est fixé forfaitairement par l'organisme chargé du recouvrement, dans les conditions prévues au présent article.

En cas de carence de l'organisme créancier, le forfait est établi par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Lorsque l'employeur n'a pas versé dans les délais prescrits par les articles R. 243-6, R. 243-7, R. 243-9 et R. 243-22, les cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, l'organisme créancier peut fixer, à titre provisionnel, le montant desdites cotisations en fonction des versements effectués au titre des mois ou trimestres antérieurs. Cette évaluation doit être notifiée à l'employeur par une mise en demeure adressée par lettre recommandée, avec accusé de réception dans les conditions de l'article L. 244-2.

## **Sous-section 2 : Dispositions propres à chaque branche**

### **Paragraphe 4 : Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.**

#### **Article R242-6**

L'arrêté prévu au premier alinéa de l'article L. 242-7 est pris par le ministre chargé du travail et le ministre chargé de la sécurité sociale.

L'autorité compétente pour statuer au nom de l'Etat, en application du cinquième alinéa de l'article L. 242-7, est le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

## **Article R242-6-1**

Pour les entreprises en tarification mixte ou individuelle, le coût de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle classé dans une catégorie correspondant à une incapacité permanente au moins égale à 10 % est mis pour partie à la charge de l'entreprise utilisatrice en application de l'article L. 241-5-1, sur la base du coût moyen rendu applicable à cette catégorie dans le champ professionnel du comité technique national mentionné à l'article L. 422-1 dont elle dépend selon les modalités déterminées en application de l'article L. 242-5. Il est imputé au compte de l'établissement dans lequel le travailleur temporaire effectuait sa mission, à hauteur d'un tiers de ce coût moyen pour déterminer le taux de cotisation accidents du travail et maladies professionnelles de cet établissement ou de l'ensemble des établissements pour lesquels un taux unique est fixé.

Pour les entreprises en tarification collective, le coût de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle mis pour partie à la charge de l'entreprise utilisatrice en application de l'article L. 241-5-1 comprend un tiers du capital représentatif de la rente ou du capital correspondant à l'accident mortel, calculé selon les modalités déterminées en application de l'article L. 242-5. Il entre dans le calcul des taux collectifs des différentes catégories de risques compte tenu du classement de l'établissement dans lequel le travailleur temporaire effectuait sa mission.

Toutefois, le coût de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle est entièrement imputé au compte employeur de l'entreprise de travail temporaire en cas de défaillance de l'entreprise utilisatrice. L'entreprise utilisatrice qui fait l'objet d'une procédure de sauvegarde ou de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire est regardée comme défaillante au sens des dispositions du premier alinéa de l'article L. 241-5-1.

L'entreprise utilisatrice qui assume directement la charge totale de la gestion du risque en vertu des articles L. 413-13 ou L. 413-14 est tenue de verser à l'organisme de recouvrement dont elle relève, en une seule fois, le montant de la fraction de coût mise à sa charge. Ce montant lui est notifié par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, qui en informe simultanément l'organisme de recouvrement dont relève l'établissement où le salarié a été victime de l'accident ou bien a contracté la maladie professionnelle.

Pour la détermination de la date d'exigibilité du versement, les périodes de paiement des rémunérations mentionnées au premier alinéa de l'article R. 243-6 s'entendent de périodes au cours desquelles a lieu la notification du montant par l'organisme de recouvrement.

Lorsque l'entreprise de travail temporaire et l'entreprise utilisatrice relèvent au titre de l'activité des salariés qu'elles emploient de régimes de sécurité sociale différents, la part du coût prévu aux deux premiers alinéas imputable à l'entreprise utilisatrice donne lieu à remboursement par le régime de cette dernière au régime de l'entreprise de travail temporaire.

## **Article R242-6-2**

L'entreprise de travail temporaire adresse à l'entreprise utilisatrice, sur la demande de celle-ci, les justificatifs de dépenses et les éléments de procédure suivants :

1° Déclaration d'accident faite par l'entreprise de travail temporaire ;

2° Attestations de salaires ;

3° Doubles des décisions de prise en charge ou de refus de prise en charge au titre des accidents du travail ;

4° Doubles des notifications des décisions attributives de rente.

L'entreprise utilisatrice adresse à l'entreprise de travail temporaire sur la demande de celle-ci les pièces justifiant qu'il a été procédé aux communications prévues à l'article R. 412-2.

### **Article R242-6-3**

Les litiges concernant la répartition de la charge financière de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle entre l'entreprise de travail temporaire et l'entreprise utilisatrice relèvent du contentieux général de la sécurité sociale.

Lorsque l'entreprise de travail temporaire ou l'entreprise utilisatrice introduit une action contentieuse portant sur un accident du travail ou une maladie professionnelle dont le coût a fait l'objet du partage prévu à l'article L. 241-5-1, l'entreprise requérante est tenue de mettre en cause l'autre entreprise. En cas de carence de l'entreprise requérante, le juge ordonne d'office cette mise en cause à peine d'irrecevabilité.

## **Section 3 : Cotisations assises sur les rémunérations des salariés à temps partiel.**

### **Article R242-7**

Pour le calcul des cotisations de sécurité sociale qui sont à la charge de l'employeur [\*part patronale\*] et qui, par application de l'article L. 241-3, sont assises sur les rémunérations perçues par les assurés dans la limite d'un plafond, l'employeur est en droit d'opérer, à chaque échéance de paie, un abattement sur les rémunérations des salariés à temps partiel au sens de l'article L. 212-4-2 du code du travail, à l'exclusion de ceux qui sont énumérés à l'article L. 242-10 du présent code.

Toutefois cet abattement ne peut être effectué que dans les cas où la rémunération que le salarié aurait perçue s'il avait occupé son poste ou son emploi à temps complet aurait été supérieure au plafond applicable, pour la période considérée, au calcul des cotisations de sécurité sociale.

Pour l'application de la présente section, la rémunération qu'un salarié à temps partiel aurait perçue s'il avait été employé à temps complet est égale au produit de la rémunération brute et du rapport entre la durée légale du travail ou, si elle lui est inférieure, la durée de travail fixée conventionnellement pour la branche ou l'entreprise ou la durée de travail applicable dans l'établissement, rapportée à la période considérée, et, selon que cette durée est exprimée en jours ou en heures, le nombre de jours ou le nombre d'heures rémunérés afférents à cette même période. La

rémunération brute prise en compte est constituée des rémunérations telle que définies à l'article L. 242-1 versées au salarié au titre de la période d'activité considérée.

### **Article R242-8**

La durée effective de travail du salarié, prise en compte pour l'application de la présente section, ne doit pas excéder, heures complémentaires comprises, la durée fixée au troisième alinéa de l'article L. 212-4-2 du code du travail.

### **Article R242-9**

L'abattement prévu à l'article R. 242-7 ramène l'assiette des cotisations, pour chaque salarié employé à temps partiel, à une somme égale au produit de la rémunération perçue par ce salarié par le rapport entre le plafond applicable et la rémunération que l'intéressé aurait perçue s'il avait été employé à temps complet.

### **Article R242-10**

Le total des abattements pratiqués dans une entreprise au cours d'une année civile ne peut excéder la différence entre la masse salariale des emplois ou postes à temps partiel ayant donné lieu à abattement et la masse salariale qui résulterait de la rémunération au plafond annuel de la sécurité sociale, défini comme la somme des plafonds mensuels pour l'année considérée, du nombre de postes ou emplois à temps complet obtenu en rapportant le nombre total des heures de travail à temps partiel effectuées au cours de l'année considérée par les salariés ouvrant droit à l'abattement, au nombre d'heures de travail correspondant à un poste à temps complet.

L'employeur doit procéder sur ces bases, à l'expiration de chaque année civile, à une régularisation du calcul des cotisations dues par lui au titre des salariés à temps partiel qu'il emploie.

La différence éventuelle entre le montant des cotisations dues et le montant de celles qui ont été payées fait l'objet d'un versement complémentaire. Ce versement doit être opéré dans le délai fixé par l'article R. 243-14.

### **Article R242-11**

L'employeur est tenu de joindre à la déclaration nominative annuelle prévue à l'article R. 243-14 un état qui fait apparaître, pour chaque salarié à temps partiel :

1°) le nombre d'heures de travail accomplies ;

2°) la période d'emploi ;

3°) la rémunération perçue ainsi que celle qui aurait été perçue si l'intéressé avait été employé à temps complet ;

4°) le montant de l'abattement d'assiette appliqué pour l'année.

## **Article R242-12**

L'arrêté prévu à l'article L. 242-9 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture.

## **Section 5 : Cotisations des employeurs et travailleurs indépendants.**

### **Article R242-13**

La cotisation est fixée pour la période allant du 1er janvier au 31 décembre de chaque année.

Le taux de la cotisation est le taux applicable dans le régime général pour la couverture des prestations familiales.

### **Article R242-13-1**

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe le modèle de la déclaration à fournir par les employeurs et travailleurs indépendants aux organismes de recouvrement pour le calcul des cotisations dont ils sont personnellement redevables au titre des allocations familiales.

### **Article R242-14**

Lorsque l'employeur ou le travailleur indépendant n'a pas souscrit la déclaration de revenus prévue à l'article R. 115-5 ou, le cas échéant, celle prévue à l'article R. 242-13-1, la cotisation est calculée provisoirement sur la moyenne, majorée de 30 %, des revenus des deux années précédant celle au titre de laquelle devait être souscrite la déclaration. Elle ne peut toutefois être inférieure à la cotisation, majorée de 30 %, qui serait due sur le dernier de ces deux revenus, ni à celle calculée sur un revenu égal à 50 % du plafond prévu à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle est notifiée la taxation. Les revenus retenus pour l'application de ces dispositions sont considérés comme des revenus nuls lorsqu'il sont déficitaires.



Les dispositions du premier alinéa sont applicables sous réserve que l'employeur ou le travailleur indépendant se soit conformé aux obligations prévues aux articles R. 115-5 ou R. 242-13-1 au titre des deux années précédant l'année considérée. Dans le cas contraire, la cotisation est calculée provisoirement sur la base de cinq fois le plafond prévu à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle est notifiée la taxation.

Lorsque l'employeur ou le travailleur indépendant n'a pas déclaré les revenus de sa première année d'activité, les cotisations dues au titre de ladite année et celles mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 131-6 sont calculées provisoirement sur la base de 50 % du plafond prévu à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle est notifiée la taxation.

Lorsque l'employeur ou le travailleur indépendant n'a pas déclaré les revenus de sa deuxième année civile d'activité, les cotisations dues au titre de ladite année et celles mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 131-6 sont calculées provisoirement sur la base de 70 % du plafond prévu à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle est notifiée la taxation. Elles ne peuvent toutefois être inférieures à la cotisation, majorée de 30 %, qui serait due sur les revenus de la première année d'activité.

La taxation déterminée en application des dispositions ci-dessus est notifiée à l'intéressé par une lettre de mise en demeure dans les conditions de l'article L. 244-2.

La cotisation effectivement due par l'employeur ou le travailleur indépendant qui a souscrit avec retard l'une des déclarations mentionnées au premier alinéa du présent article est assortie d'une pénalité de 3 % à titre de sanction, sans préjudice des dispositions de l'article R. 243-18. Cette pénalité est recouvrée dans les conditions prévues à l'article R. 243-19. Elle peut être remise, totalement ou partiellement, dans les conditions prévues aux articles R. 243-19-1, R. 243-20 et R. 243-20-1. Elle peut également donner lieu à sursis à poursuites accordés par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement dans les conditions prévues à l'article R. 243-21.

## **Article R242-15**

Sont dispensés du versement de la cotisation :

1°) les personnes justifiant d'un revenu professionnel, calculé dans les conditions prévues à l'article R. 242-13, inférieur au salaire de base annuel retenu pour le calcul des prestations familiales ;

2°) les travailleurs indépendants qui ont assumé la charge d'au moins quatre enfants jusqu'à l'âge de quatorze ans et qui sont âgés d'au moins soixante-cinq ans. Cet âge est ramené à soixante ans s'il s'agit d'une femme veuve ou d'une femme célibataire, séparée ou divorcée, et à condition qu'elle ne vive pas maritalement.

Pour l'application de la disposition qui précède, est considéré comme ayant élevé quatre enfants jusqu'à l'âge de quatorze ans le travailleur indépendant qui justifie avoir assumé pendant au moins neuf années avant leur quatorzième anniversaire la charge de chacun des enfants.

Les travailleurs indépendants qui remplissent les conditions ci-dessus doivent présenter une demande, accompagnée des pièces justificatives, à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations d'allocations familiales.

L'exonération s'applique, sous réserve que les justifications aient été reconnues valables, dès le premier jour du trimestre civil suivant la date à laquelle les conditions requises sont remplies. Toutefois, cette exonération n'est définitive qu'au moment où, les revenus réels étant connus, leur montant demeure inférieur au seuil fixé.

## **Article R242-16**

L'employeur ou le travailleur indépendant est, au titre de la première année civile au cours de laquelle il exerce son activité professionnelle, redevable d'une cotisation calculée, à titre provisionnel, sur une base forfaitaire égale à dix-huit fois la valeur de la base mensuelle de calcul des prestations familiales en vigueur au 1er octobre de l'année précédente. Cette cotisation est due à compter de la date à laquelle l'employeur ou le travailleur indépendant a débuté son activité.

Au titre de la deuxième année civile d'exercice de son activité professionnelle, l'employeur ou le travailleur indépendant est redevable d'une cotisation calculée, à titre provisionnel, sur une base forfaitaire égale à vingt-sept fois la valeur de la base mensuelle mentionnée au premier alinéa.

Ne sont assimilées à un début d'activité ni la modification des conditions d'exercice de l'activité professionnelle d'employeur ou travailleur indépendant, ni la reprise d'activité intervenue soit dans l'année au cours de laquelle est survenue la cessation d'activité, soit dans l'année suivante.

## **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 R243-1**

Les déclarations prévues aux articles R. 243-14 et R. 243-17 sont adressées à l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales qui procède à la vérification des indications qui y sont portées et les transmet ensuite au service régional chargé de la gestion de l'assurance vieillesse.

La caisse primaire d'assurance maladie communique à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail tous les éléments nécessaires à la tenue des comptes d'employeurs relatifs aux accidents du travail.

Les dispositions du présent article sont applicables aux unions de caisses de sécurité sociale et d'allocations familiales constituées en vue du recouvrement commun des cotisations prévues aux articles L. 241-7 à L. 241-9 et L. 242-1, au premier alinéa de l'article L. 242-3, aux articles L. 242-5, L. 242-7, L. 243-1, L. 243-2, L. 243-4, L. 243-5, R. 242-6 et R. 243-44.

### **Article R243-1-1**

La demande relative au report du paiement des cotisations salariales et patronales, prévue à l'article L. 243-1-1, doit être effectuée par écrit avant la date d'échéance des cotisations se rapportant à la première rémunération des personnes mentionnées au premier alinéa de cet article. Les cotisations ayant fait l'objet d'un report sont exigibles à la première échéance de versement des cotisations afférentes aux rémunérations perçues à compter du treizième mois d'activité de l'entreprise.

La demande de paiement fractionné prévue au même article doit être effectuée par écrit avant la fin du douzième mois d'activité de l'entreprise. Dans l'hypothèse où le paiement des cotisations n'a pas fait l'objet d'un report, le bénéfice de ce fractionnement est limité aux cotisations à percevoir de la date de cette demande jusqu'au douzième mois d'activité. Le paiement des fractions annuelles s'effectue à la même date et dans les mêmes conditions que celui des cotisations des années suivantes.

En cas de cessation d'activité de l'entreprise, les cotisations qui ont fait l'objet d'un report ou d'un étalement et qui restent dues doivent être acquittées dans les soixante jours de cette cessation.

### **Article R243-2**

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les conditions dans lesquelles le numéro matricule des employeurs et travailleurs indépendants est délivré et porté à la connaissance des organismes intéressés.

### **Article R243-3**

L'organisme chargé du recouvrement porte au compte de toute entreprise ou personne assujettie à cotisations les versements effectués en application des dispositions des articles R. 243-6 et suivants.

## **Article R243-4**

Les cotisations de sécurité sociale afférentes aux assurés qui travaillent pour le compte de plusieurs employeurs ou pour le compte d'un même employeur, une seule fois ou par intermittence, sont versées dans les conditions fixées par les dispositions réglementaires prises en application de l'article L. 225-1 et les articles R. 711-2 et R. 243-1 et suivants.

## **Article R243-5**

Lorsqu'un assuré travaille alternativement pour un même employeur dans diverses exploitations situées dans des circonscriptions d'organismes différents, les cotisations sont versées à l'organisme chargé du recouvrement dans la circonscription de laquelle se trouve l'établissement dont dépend principalement l'intéressé.

## **Article R243-6**

I.-Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès, des accidents du travail et des allocations familiales sont versées par les employeurs aux organismes de recouvrement dont relève chacun de leurs établissements.

Toutefois, chaque entreprise employant plus de deux mille salariés verse les cotisations afférentes à chacun de ses établissements à un seul organisme de recouvrement, faisant fonction d'interlocuteur unique, désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale après consultation de l'entreprise, dans les conditions fixées par le décret prévu par le IV de l'article L. 216-2-1.

Les organismes de recouvrement assurent pour les employeurs l'ensemble des missions mentionnées à l'article L. 213-1.

II.-Le versement prévu au I est effectué dans les conditions suivantes :

1° Les cotisations dues à raison des rémunérations payées au cours d'un trimestre civil par les employeurs occupant neuf salariés au plus sont versées dans les quinze premiers jours du trimestre civil suivant ; toutefois, les rémunérations afférentes à un mois ou à une fraction de mois peuvent être rattachées par les mêmes employeurs à cette période si elles sont payées dans les quinze premiers jours du mois civil suivant ; dans ce cas, les cotisations sont versées dans le premier mois du trimestre civil suivant ;

2° Pour les employeurs occupant plus de neuf salariés et moins de cinquante salariés, les cotisations dues à raison des rémunérations payées au cours des dix premiers jours d'un mois civil sont versées par les employeurs dans les quinze premiers jours du même mois ; les cotisations dues à raison des

rémunérations payées après le dixième jour d'un mois civil sont versées par les employeurs dans les quinze premiers jours du mois civil suivant ;

3° Pour les employeurs occupant cinquante salariés et plus :

-les cotisations dues à raison des rémunérations payées entre le premier et le dixième jour d'un mois civil sont versées par les employeurs dans les quinze premiers jours du même mois civil ;

-les cotisations dues à raison des rémunérations payées entre le onzième et le vingtième jour d'un mois civil sont versées par les employeurs au plus tard le vingt-cinquième jour du même mois civil ; toutefois, les cotisations dues à raison des rémunérations afférentes exclusivement à la période d'emploi de ce même mois civil sont versées par les employeurs dans les cinq premiers jours du mois civil suivant ;

-les cotisations dues à raison des rémunérations payées entre le vingt et unième jour d'un mois civil et le dernier jour de ce même mois sont versées par les employeurs dans les cinq premiers jours du mois civil suivant.

III.-Pour déterminer la date, la périodicité et le lieu de versement des cotisations, les effectifs des salariés sont calculés au 31 décembre de chaque année, en tenant compte de tous les établissements de l'entreprise ; les éventuels changements du régime de versement des cotisations entraînés par les modifications constatées d'une année sur l'autre prennent effet, pour le calcul des cotisations assises sur les rémunérations versées, à compter du 1er avril suivant ou, lorsque l'entreprise entre dans le champ des dispositions du deuxième alinéa du I, à compter du 1er janvier de la deuxième année suivante.

Dans ce dernier cas, le régime de versement mis en place reste en vigueur, nonobstant les fluctuations d'effectifs, jusqu'au 31 décembre de la quatrième année suivant cette date d'effet.

Pour déterminer si l'employeur est tenu au versement trimestriel ou mensuel des cotisations, chaque salarié à temps partiel au sens de l'article L. 212-4-2 du code du travail entre en compte dans l'effectif du personnel au prorata du rapport entre la durée hebdomadaire de travail mentionnée dans son contrat et la durée légale de travail ou, si elle est inférieure à la durée légale, la durée normale de travail accomplie dans l'établissement ou la partie d'établissement où il est employé.

## **Article R243-6-1**

Par dérogation au 1° du premier alinéa de l'article R. 243-6, l'employeur occupant neuf salariés au plus peut opter pour le versement mensuel des cotisations dues dans les conditions fixées par ledit article pour les employeurs occupant plus de neuf et moins de cinquante salariés.

Il doit alors en informer par écrit l'organisme de recouvrement dont dépend son établissement avant le 31 janvier.

L'option prend effet à compter du 1er avril suivant. Elle est valable pour douze mois. A défaut de

renonciation par l'employeur au plus tard le 31 janvier, elle est reconduite pour l'année suivante.

## **Article R243-6-2**

L'employeur dont l'entreprise répond aux conditions fixées pour bénéficier de la réduction d'impôt mentionnée à l'article 220 decies du code général des impôts peut, de plein droit et en informant l'organisme de recouvrement dont il relève, limiter le paiement des cotisations patronales de sécurité sociale dues au titre de chaque échéance au montant de celles dont il était redevable l'année précédente lors de la même échéance. Le solde des cotisations patronales restant dû est acquitté lors de l'échéance correspondante de l'année suivante.

Les cotisations dont le paiement peut ainsi être partiellement différé sont celles dues au titre de la période de douze mois qui suit l'exercice au titre duquel la réduction d'impôt dont bénéficie l'entreprise a été calculée.

Sous réserve que l'employeur s'acquitte des cotisations salariales et patronales dues aux échéances prévues, le paiement régulièrement différé de ces cotisations patronales ne donne pas lieu à l'application de la majoration de retard mentionnée à l'article R. 243-18.

## **Article R243-6-3**

La désignation de l'organisme de recouvrement pour une entreprise entrant dans le champ des dispositions du deuxième alinéa du I de l'article R. 243-6 ne peut être modifiée, pendant une période de quatre ans, que sur demande de l'entreprise et après autorisation du directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Dans ce cas, une nouvelle procédure de désignation est engagée.

## **Article R243-6-4**

L'employeur qui utilise le "titre emploi-service entreprise" verse le montant des cotisations et contributions dues au titre de l'emploi du salarié auprès de l'organisme de recouvrement du régime général de sécurité sociale dont il relève, dans les douze premiers jours du mois civil suivant celui au cours duquel les sommes dues lui ont été notifiées.

## **Article R243-7**

En cas de cession de l'entreprise ou de cessation d'activité de l'entreprise ou de l'un de ses établissements, le versement des cotisations est exigible dans un délai de trente jours. Ce délai court :

1°) lorsqu'il s'agit de la vente ou de la cession d'un fonds de commerce, du jour où la vente ou la cession a été publiée dans le Bulletin officiel des annonces civiles et commerciales ;

2°) lorsqu'il s'agit de la vente ou de la cession d'autres entreprises, du jour où l'acquéreur ou le cessionnaire a pris effectivement la direction des exploitations ;

3°) lorsqu'il s'agit de la cessation de l'activité de l'entreprise ou de la fermeture de l'établissement, du jour de cette cessation définitive ou de la fermeture de l'établissement.

## **Article R243-8**

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe, par dérogation aux dispositions de l'article R. 243-6, les conditions dans lesquelles les employeurs autres que ceux entrant dans le champ du deuxième alinéa du I de l'article R. 243-6 sont autorisés lorsque la paie du personnel est tenue en un même lieu pour l'ensemble ou une partie de leurs établissements, à verser les cotisations dues à un organisme de recouvrement autre que celui ou ceux dans la circonscription desquels ces établissements se trouvent situés.

## **Article R243-8-1**

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, pris après avis de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, peut désigner l'organisme de recouvrement du régime général auprès duquel les employeurs sont tenus d'adresser les déclarations et verser les cotisations et contributions dues au titre de l'emploi de tout ou partie de leur personnel salarié, et en fixer les modalités pratiques :

1° Lorsque ce personnel exerce une même activité de façon habituelle et régulière pour plusieurs employeurs et dans la circonscription de plusieurs organismes et dès lors qu'un regroupement des informations est nécessaire pour la gestion des droits des salariés ou des obligations de l'employeur. Cette disposition ne s'applique pas aux professions visées à l'article R. 243-45 ;

2° Lorsque l'entreprise de l'employeur ne comporte pas d'établissement en France.

## **Article R243-9**

Par dérogation aux dispositions des articles R. 243-6 et R. 243-6-1, les cotisations dues au titre de l'emploi des employés de maison et autres salariés au service de particuliers sont versées du quinze au dernier jour du premier mois de chaque trimestre civil.

Des dérogations à ces dispositions peuvent être prévues par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en vue d'assurer un meilleur étalement des recouvrements.

## **Article R243-10**

Pour les cotisations calculées dans la limite d'un plafond, les employeurs doivent procéder, à l'expiration de chaque année civile, à une régularisation pour tenir compte de l'ensemble des rémunérations payées à chaque salarié ou assimilé, telles qu'elles figurent sur la déclaration prévue à l'article R. 243-14. A cette fin, il est fait masse des rémunérations qui ont été payées à chaque salarié ou assimilé entre le premier et le dernier jour de l'année considérée ou qui sont rattachées à cette période en application du 1° du premier alinéa de l'article R. 243-6. Les cotisations sont calculées sur cette masse dans la limite du plafond correspondant à la somme des plafonds périodiques applicables lors du versement des rémunérations. La différence éventuelle, entre le montant des cotisations ainsi déterminées et le montant de celles qui ont été précédemment versées au vu des bordereaux mensuels ou trimestriels de l'année considérée, fait l'objet d'un versement complémentaire.

Ce versement doit être effectué dans le délai fixé à l'article R. 243-14 pour la déclaration annuelle des salaires.

Les employeurs peuvent toutefois procéder à la régularisation progressive des cotisations d'une paie à l'autre en faisant masse, à chaque échéance de cotisations, des rémunérations payées depuis le premier jour de l'année ou à dater de l'embauche, si elle est postérieure, et en calculant les cotisations sur la partie de cette masse qui ne dépasse pas la somme des plafonds périodiques applicables lors du versement des rémunérations.

## **Article R243-11**

La régularisation s'opère, en cas d'embauche, de licenciement ou de départ volontaire au cours de l'année, en appliquant un plafond réduit dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article R. 243-10.

Le plafond est également réduit pour tenir compte des périodes de chômage, en cas d'intempéries, dûment constatées et indemnisées dans les conditions fixées par les articles L. 731-1 et suivants du code du travail ainsi que des périodes d'absence pour congés payés, lorsque les indemnités correspondantes sont versées à l'assuré par une caisse de congés payés créée en application de l'article L. 223-16 du code du travail.

Le plafond à retenir pour l'application des dispositions des alinéas ci-dessus est, en cas de mois incomplet, calculé par l'addition d'autant de trentièmes du plafond mensuel que la période considérée comporte de jours ouvrables ou non ouvrables.

En cas de licenciement ou de départ volontaire en cours d'année, les cotisations complémentaires de régularisation éventuellement dues doivent être versées en même temps que les cotisations afférentes à la dernière paie.

Le plafond peut aussi être réduit pour tenir compte de périodes d'absence n'ayant pas donné lieu à rémunération et autres que celles qui sont prévues aux premier et deuxième alinéas du présent article. Toutefois, dans ce cas, ne sont pris en considération que les temps d'absence s'étendant sur une période comprise entre deux échéances habituelles de paie. Lorsqu'une période de travail a



donné lieu à une rémunération partielle par suite de l'absence du salarié au cours d'une partie de la période, les temps d'absence compris dans cette période n'entraînent aucune réduction du plafond correspondant à la période habituelle de paie, ni du plafond annuel à prendre en considération pour la régularisation prévue à l'article R. 243-10.

## **Article R243-12**

Les dispositions des articles R. 243-10 et R. 243-11 ne sont pas applicables aux travailleurs à domicile mentionnés au 1° de l'article L. 311-3, ni aux assurés pour lesquels les cotisations ou les salaires servant de base à celles-ci sont fixés forfaitairement par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R243-13**

I. - Chaque versement de cotisations est obligatoirement accompagné d'un bordereau daté et signé par l'employeur indiquant, d'une part, le nombre de salariés de l'établissement ou de l'entreprise et, d'autre part, l'assiette et le montant des cotisations dues.

Ce bordereau doit être conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ledit arrêté peut, toutefois, prévoir la possibilité pour l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'admettre, dans des cas déterminés, des modalités différentes de présentation des renseignements à fournir par l'employeur.

L'employeur peut, dans le cadre d'une convention qu'il passe avec l'organisme de recouvrement dont il relève, choisir d'utiliser un procédé informatique, mis à disposition par cet organisme, pour transmettre à ce dernier les informations mentionnées au premier alinéa ci-dessus et, le cas échéant, donner l'ordre de prélever ses cotisations. L'objet et le contenu de la convention, qui devra notamment prévoir les modalités retenues pour garantir la sécurité et la confidentialité du système, sont définis par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

II. - Si, pour quelque motif que ce soit, les cotisations n'ont pas été versées, l'employeur est néanmoins tenu d'adresser à l'organisme de recouvrement compétent, au plus tard à la date limite d'exigibilité des cotisations, les informations mentionnées au premier alinéa du I ci-dessus en utilisant le bordereau ou le procédé informatique selon le mode de transmission choisi. Si, aucune rémunération n'ayant été versée, l'employeur n'est redevable d'aucune cotisation, il doit néanmoins, lorsqu'il n'a pas sollicité la radiation de son compte, informer l'organisme de recouvrement de cette situation, soit par envoi du bordereau avec la mention "néant", soit, le cas échéant, en utilisant le procédé informatique.

## **Article R243-14**

Tout employeur de personnel salarié ou assimilé, à l'exception des particuliers employant des

salariés à leur service, est tenu d'adresser, au plus tard le 31 janvier de chaque année,

à l'organisme ou aux organismes chargés du recouvrement des cotisations dont relèvent leurs établissements, une déclaration faisant ressortir, pour chacun des salariés ou assimilés occupé dans l'entreprise ou l'établissement, le montant total des rémunérations payées au cours de l'année précédente en indiquant, le cas échéant, le plafond annuel ou le plafond réduit appliqué à chacun des salariés.

Les modèles de déclarations sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

En cas de cession de l'entreprise ou de cessation d'activité de l'entreprise ou de l'un de ses établissements, la déclaration nominative prévue ci-dessus doit être adressée à l'organisme de recouvrement compétent accompagnée du versement régularisateur, dans le délai de soixante jours à compter du premier jour du délai fixé par l'article R. 243-7.

### **Article R243-16**

Le défaut de production, dans les délais prescrits, des documents prévus aux articles R. 243-13 et R. 243-14 entraîne une pénalité de 7, 5 euros par salarié ou assimilé figurant sur le dernier bordereau ou la dernière déclaration remise par l'employeur ; lorsque l'employeur n'a jamais produit de bordereau ou de déclaration ou lorsque le dernier bordereau produit comporte la mention " néant ", la pénalité de 7, 5 euros est encourue pour chaque salarié ou assimilé dont le contrôle a révélé l'emploi dans l'entreprise. Le total des pénalités ne peut excéder 750 euros par bordereau ou déclaration. Si le retard excède un mois, une pénalité identique est automatiquement appliquée pour chaque mois ou fraction de mois de retard.

Une pénalité de 7, 5 euros est aussi encourue pour chaque inexactitude quant au montant des rémunérations déclarées ou chaque omission de salarié constatée sur le bordereau ou la déclaration produite par l'employeur. Le total des pénalités ne peut excéder 750 euros par bordereau ou déclaration.

### **Article R243-17**

Tout particulier employant des salariés à son service est tenu de produire, à l'appui du versement des cotisations dont il est redevable, une déclaration nominative faisant apparaître la durée de l'activité exercée par chaque assuré au cours du trimestre civil antérieur, ainsi que le montant des cotisations forfaitaires correspondantes ou, lorsqu'il ne s'agit pas de cotisations forfaitaires, l'assiette et le montant des cotisations.

Le déclarant peut, dans le cadre d'une convention qu'il passe avec l'organisme de recouvrement dont il relève, choisir d'utiliser un procédé informatique, mis à sa disposition par cet organisme, pour transmettre à ce dernier les informations mentionnées au premier alinéa ci-dessus et, le cas échéant, donner l'ordre de prélèvement de ses cotisations. Dans ce cas, les dispositions du troisième alinéa du I de l'article R. 243-13 sont applicables à cette convention.

Quel que soit le mode de transmission choisi, la déclaration mentionnée au premier alinéa, qui se substitue à la déclaration prévue à l'article R. 243-14, doit être produite même si, pour quelque motif que ce soit, les cotisations n'ont pas été versées.

Le défaut de production de cette déclaration est passible de la pénalité prévue à l'article R. 243-16 ; toutefois, la pénalité est décomptée par trimestre ou fraction de trimestre de retard.

### **Article R243-18**

Il est appliqué une majoration de retard de 5 % du montant des cotisations qui n'ont pas été versées aux dates limites d'exigibilité fixées aux articles R. 243-6, R. 243-6-1, R. 243-7 et R. 243-9 à R. 243-11.

A cette majoration s'ajoute une majoration complémentaire de 0,4 % du montant des cotisations dues, par mois ou fraction de mois écoulé, à compter de la date d'exigibilité des cotisations.

La majoration de retard mentionnée au premier alinéa est portée à 10 % du montant des cotisations afférentes aux rémunérations, versées ou dues à des salariés, réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de l'infraction relative au travail dissimulé mentionnée à l'article L. 324-10 du code du travail.

Dans le cadre des contrôles mentionnés aux articles R. 243-59 et R. 243-59-3, la majoration complémentaire n'est décomptée qu'à partir du 1<sup>er</sup> février de l'année qui suit celle au titre de laquelle les régularisations sont effectuées.

### **Article R243-19**

Les majorations et pénalités prévues aux articles L. 243-7-2, L. 243-14, R. 243-16 et R. 243-18 sont liquidées par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement. Elles doivent être versées dans le mois de leur notification par mise en demeure dans les conditions prévues aux articles L. 244-2 et L. 244-3 et sont recouvrées comme en matière de cotisations.

#### **Article R243-19-1**

Les majorations et pénalités prévues aux articles L. 243-14, R. 243-16 et aux deux premiers alinéas de l'article R. 243-18 font l'objet d'une remise automatique par le directeur de l'organisme de recouvrement lorsque les conditions suivantes sont réunies :

1° Aucune infraction n'a été constatée au cours des vingt-quatre mois précédents ;

2° Leur montant est inférieur au plafond de la sécurité sociale applicable aux rémunérations ou gains versés par mois, fixé pour l'année civile en cours ;

3° Dans le mois suivant la date d'exigibilité des cotisations, le cotisant a réglé les cotisations dues et a fourni les documents mentionnés aux articles R. 243-13 et R. 243-14.

Toutefois, la remise automatique ne s'applique pas dès lors que les majorations et pénalités portent sur :

1° Des cotisations afférentes à des rémunérations, versées ou dues à des salariés, réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de l'infraction relative au travail dissimulé mentionnée à l'article L. 324-10 du code du travail ;

2° Des cotisations afférentes à des rémunérations, versées ou dues à des salariés, réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du contrôle mentionné aux articles R. 243-59 et R. 243-59-3 lorsque l'absence de bonne foi de l'employeur a été constatée dans les conditions prévues à l'article R. 243-59.

## **Article R243-20**

I. - Les employeurs peuvent formuler une demande gracieuse en réduction des majorations et pénalités prévues aux articles L. 131-6, L. 136-3 et L. 243-14, R. 243-16 et au premier alinéa de l'article R. 243-18. Cette requête n'est recevable qu'après règlement de la totalité des cotisations ayant donné lieu à application des majorations.

La majoration de 0,4 % mentionnée à l'article R. 243-18 peut faire l'objet de remise lorsque les cotisations ont été acquittées dans le délai de trente jours qui suit la date limite d'exigibilité ou dans les cas exceptionnels ou de force majeure.

Le directeur de l'organisme de recouvrement est compétent pour statuer sur les demandes portant sur des montants inférieurs à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. A partir de ce seuil, il est statué sur proposition du directeur par la commission de recours amiable.

Il ne peut être accordé une remise des majorations et des pénalités que si la bonne foi des employeurs est dûment prouvée. Les décisions tant du directeur que de la commission de recours amiable doivent être motivées.

II. - Par dérogation aux dispositions du I, aucune remise de la majoration de 5 % du montant des cotisations afférentes aux rémunérations, versées ou dues à des salariés, réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite des contrôles mentionnés aux articles R. 243-59 et suivants, ne peut être accordée lorsque l'absence de bonne foi de l'employeur a été constatée dans les conditions prévues à l'article R. 243-59.

La majoration de retard de 10 % sur le montant des cotisations afférentes à des rémunérations, versées ou dues à des salariés, réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de

l'infraction relative au travail dissimulé mentionnée à l'article L. 324-10 du code du travail ne peut pas faire l'objet de remise.

### **Article R243-20-1**

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 243-20, l'employeur dont l'entreprise fait l'objet d'un examen par la commission départementale des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale dans le cadre d'une reprise ou d'une restructuration financière peut bénéficier de la remise intégrale ou partielle des majorations et pénalités restant dues, dans les conditions suivantes :

1° La demande de remise est recevable même si les cotisations patronales n'ont pas été intégralement réglées. La décision du directeur de l'organisme de recouvrement ou de la commission de recours amiable accordant une remise peut être prise avant le paiement desdites cotisations ; toutefois, cette remise ne sera acquise qu'après leur paiement ;

2° Le paiement des cotisations s'effectue dans les conditions fixées par le plan d'apurement adopté par la commission départementale des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale pour l'examen de la situation des débiteurs retardataires ou, le cas échéant, par anticipation sur l'exécution de ce plan.

Lorsque le plan d'apurement n'est pas respecté, les majorations et pénalités sont calculées selon les modalités prévues aux articles L. 243-14, R. 243-16, R. 243-18 et R. 243-20.

### **Article R243-20-2**

En cas de saisine de la commission départementale des chefs de services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale pour l'examen des demandes de remises de dettes prévues aux articles L. 611-7, L. 626-6 et L. 631-19 du code de commerce, le directeur de l'organisme de recouvrement habilité à siéger est compétent pour statuer sur la demande pour l'ensemble des cotisations et contributions relevant de la compétence de la commission, selon des modalités fixées par décret. Toutefois dans le cas où les créances concernent plusieurs organismes chargés du recouvrement, la décision de ce directeur est, en tant qu'elle concerne les créances d'organismes ne siégeant pas dans la commission, prise sur avis conforme des directeurs des organismes concernés.

### **Article R243-20-3**

Les cessions de rang, de privilège ou d'hypothèque ou l'abandon de ces sûretés prévus aux articles L. 611-7, L. 626-6 et L. 631-19-I, du code de commerce peuvent sans extinction préalable de la créance, être accordés par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement pris après consultation de la commission des chefs des services financiers prévue par le décret n° 78-486 du 31 mars 1978. Les frais afférents à ces opérations sont à la charge du débiteur.

## **Article R243-20-4**

Pour l'application de l'article 15 de la loi n° 89-1010 du 31 décembre 1989 relative à la prévention et au règlement des difficultés liées au surendettement des particuliers et des familles, la commission de recours amiable ou le directeur de l'organisme chargé du recouvrement, dans la limite de leur compétence respective, peuvent accorder une remise partielle ou totale des majorations de retard afférentes aux cotisations échues non réglées dues par les employeurs d'employés de maison et d'assistantes maternelles. Cette remise n'est pas subordonnée au versement préalable desdites cotisations.

Lorsque la commission d'examen des situations de surendettement des particuliers est saisie d'une demande de règlement amiable, le débiteur formule la demande de remise des majorations de retard auprès de l'organisme chargé du recouvrement dans un délai de quinze jours à compter de la date de saisine de la commission.

Les décisions afférentes à la remise des majorations de retard sont communiquées à la commission et au débiteur dans le délai d'un mois à compter de la réception de la demande de remise. Le défaut de réponse de l'organisme chargé du recouvrement dans ce délai vaut rejet de la demande.

La remise des majorations de retard est acquise lorsque le plan conventionnel de règlement a reçu l'accord des parties ou lorsque le juge a arrêté les mesures visant à assurer le redressement.

## **Article R243-20-5**

En cas de défaillance d'une entreprise de travail temporaire et d'insuffisance de la garantie financière exigée, les cotisations réclamées à l'utilisateur en application du second alinéa de l'article R. 124-22 du code du travail font l'objet de majorations de retard calculées dans les conditions fixées aux articles R. 243-18 et R. 243-20, dès lors qu'elles sont acquittées avec un retard d'un mois ou plus à compter de la notification de la mise en demeure à l'utilisateur.

## **Article R243-21**

Le directeur de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations a la possibilité, après règlement intégral des cotisations ouvrières, d'accorder des sursis à poursuites pour le règlement des cotisations patronales, des pénalités et des majorations de retard.

Le sursis prévu à l'alinéa précédent doit être assorti de garanties du débiteur qui sont appréciées par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations.

## **Sous-section 2 : Recouvrement des cotisations dues à titre personnel par les employeurs et les personnes exerçant les professions libérales.**

### **Article R243-22**

Les cotisations dues, à titre personnel, par les employeurs et les personnes exerçant les professions libérales, en application de la législation concernant les allocations familiales, sont versées conformément aux dispositions des articles R. 133-26 à R. 133-30.

Toutefois, par dérogation au deuxième alinéa du I de l'article R. 133-26, les personnes exerçant les professions libérales communiquent leur choix de la date de prélèvement ainsi qu'une autorisation de prélèvement à l'organisme de recouvrement dont ils relèvent.

### **Article R243-22-1**

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut déterminer l'Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales chargée, au niveau national, du recouvrement des cotisations dues à titre personnel, en application de la réglementation concernant les allocations familiales, par les travailleurs indépendants bateliers.

### **Article R243-24**

Les dispositions des articles R. 243-18 à R. 243-21 sont applicables aux cotisations d'allocations familiales dues, à titre personnel, par les employeurs et les personnes exerçant les professions libérales lorsque ces cotisations n'ont pas été acquittées aux dates limites définies à l'article R. 243-22.

### **Article R243-26**

Lorsque le revenu professionnel de l'année à laquelle se rapportent les cotisations est définitivement connu, celles-ci font l'objet d'une régularisation dans la limite du plafond applicable au titre de cette même année.

## **Sous-section 3 : Recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les avantages de retraite**

## **Paragraphe 1 : Cotisations sur les avantages de retraite servis par les organismes du régime général.**

### **Article R243-27**

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés communique à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, avant le 31 janvier de chaque année \*date limite\*, l'assiette et le montant des cotisations précomptées sur les avantages de retraite versés par les organismes du régime général au cours de l'année civile précédente.

Ce montant est viré par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale du compte de la Caisse nationale d'assurance vieillesse à celui de la caisse nationale de l'assurance maladie.

## **Paragraphe 2 : Cotisations sur les avantages de retraite servis par les employeurs.**

### **Article R243-28**

Les cotisations assises sur les avantages de retraite servis par l'employeur sont versées à l'organisme de recouvrement dont relève ce dernier, conformément aux dispositions des articles R. 242-5, R. 243-6 à R. 243-8, R. 243-13, R. 243-15, R. 243-16, R. 243-18, R. 243-19 et R. 243-20. Pour l'application de ces articles, les avantages de retraite sont assimilés à des rémunérations.

## **Paragraphe 3 : Cotisations sur les avantages de retraite servis par d'autres organismes au titre d'une activité professionnelle relevant du régime général**

### **Article R243-29**

Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, à raison des avantages de retraite payés pendant un mois civil, sont versées dans les quinze premiers jours du mois suivant à l'organisme chargé du recouvrement dont relève le débiteur de l'avantage de retraite.

### **Article R243-30**



Chaque versement de cotisations est obligatoirement accompagné d'un bordereau daté et signé par le débiteur de l'avantage de retraite, indiquant le montant total des cotisations versées, celui des avantages de retraite sur lesquels elles sont assises et celui des avantages de retraite exonérés par application du décret prévu à l'article L. 242-12.

Les sommes à déclarer par le débiteur de l'avantage de retraite sont arrondies à l'euro le plus voisin, tant en ce qui concerne la totalisation de l'assiette que les cotisations qui en résultent.

Ce bordereau est conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Si, pour quelque motif que ce soit, les cotisations n'ont pas été versées, le débiteur de l'avantage de retraite reste tenu d'adresser à l'organisme de recouvrement dont il relève, au plus tard à la date limite d'exigibilité des cotisations, le bordereau prévu au premier alinéa. Si, aucun avantage de retraite n'ayant été versé, le débiteur de l'avantage n'est redevable d'aucune cotisation, il doit néanmoins adresser le bordereau avec la mention "néant" lorsqu'il n'a pas sollicité la radiation de son compte.

### **Article R243-31**

Le défaut de production, dans les délais prescrits du document prévu à l'article R. 243-30 ci-dessus entraîne une pénalité de 750 euros par bordereau. Si le retard excède un mois, une pénalité identique est automatiquement appliquée pour chaque mois ou fraction de mois de retard.

Une pénalité de 750 euros par bordereau est aussi encourue en cas d'inexactitude de l'assiette déclarée.

### **Article R243-32**

Il est appliqué une majoration de retard de 5 % du montant des cotisations qui n'ont pas été versées à la date limite d'exigibilité fixée à l'article R. 243-29.

A cette majoration s'ajoute une majoration complémentaire de 0,4 % du montant des cotisations dues, par mois ou fraction de mois écoulé, à compter de la date d'exigibilité des cotisations.

### **Article R243-33**

Les pénalités prévues à l'article R. 243-31 et les majorations de retard prévues à l'article R. 243-32 sont liquidées par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations. Elles doivent être versées dans le mois de leur notification par mise en demeure dans les conditions prévues aux articles L. 244-2 et L. 244-3 et sont recouvrées comme en matière de cotisations. Ces pénalités et majorations de retard peuvent faire l'objet d'une remise dans les conditions fixées à l'article R. 243-20.

## **Article R243-34**

Lorsque la comptabilité du débiteur de l'avantage de retraite ne permet pas d'établir le montant des avantages de retraite servant de base au calcul des cotisations dues, le montant des cotisations est fixé forfaitairement par l'organisme chargé du recouvrement.

En cas de carence de l'organisme créancier, le forfait est établi par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Lorsque le débiteur de l'avantage de retraite n'a pas produit dans le délai prescrit, la déclaration prévue à l'article R. 243-30, l'organisme de recouvrement peut fixer, à titre provisionnel, le montant des cotisations en fonction des versements effectués au titre des mois antérieurs. Cette évaluation est adressée au débiteur par mise en demeure dans les conditions prévues aux articles L. 244-2 et L. 244-3.

## **Paragraphe 4 : Dispositions diverses.**

### **Article R243-35**

Le débiteur d'un avantage de retraite est tenu de faire parvenir au pensionné, au moins une fois par an, un bulletin de pension mentionnant notamment, pour la période considérée, les montants respectifs de la pension brute, de l'assiette du précompte, de la cotisation précomptée et de la pension nette.

A compter d'une date fixée par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le bulletin de pension est établi lors de chaque modification du montant de la pension nette.

## **Sous-section 4 : Recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les revenus de remplacement.**

### **Article R243-36**

Les cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès précomptées sur les indemnités, allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2, servis par une personne autre que l'employeur à des assurés relevant du régime général de sécurité sociale, sont calculées sur les sommes allouées pendant un mois civil. Elles sont versées par le débiteur des avantages précités, dans les quinze premiers jours du mois suivant, à l'organisme chargé du recouvrement dont il relève.

## **Article R243-37**

Chaque versement de cotisations est obligatoirement accompagné d'un bordereau daté et signé par le débiteur des avantages mentionnés à l'article R. 243-36 indiquant le montant total des cotisations versées, celui des avantages sur lesquels elles sont assises et celui des avantages exonérés par application des décrets prévus à l'article L. 242-12.

Les sommes à déclarer par le débiteur des avantages mentionnés à l'article R. 243-36 sont arrondies au franc le plus voisin tant en ce qui concerne la totalisation de l'assiette que les cotisations qui en résultent.

Le bordereau prévu au premier alinéa ci-dessus est conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Si, pour quelque motif que ce soit, les cotisations n'ont pas été versées, le débiteur des avantages mentionnés à l'article R. 243-36 est tenu d'adresser à l'organisme de recouvrement mentionné audit article, au plus tard à la date limite d'exigibilité des cotisations, le bordereau prévu au premier alinéa. Si, aucun avantage n'ayant été versé, aucune cotisation n'est due, le bordereau est adressé avec la mention "néant", à moins que la radiation du compte ait été demandée.

## **Article R243-38**

Les dispositions des articles R. 243-16 et R. 243-18 [\*pénalités\*] sont applicables aux organismes redevables des cotisations prévues à l'article R. 243-36.

## **Article R243-39**

Les pénalités et les majorations de retard appliquées en vertu des dispositions de l'article R. 243-38 sont liquidées par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations. Elles doivent être versées dans le mois suivant leur notification par mise en demeure dans les conditions prévues aux articles L. 244-2 et L. 244-3. Ces pénalités et majorations de retard peuvent faire l'objet d'une remise dans les conditions fixées à l'article R. 243-20.

## **Article R243-40**

Lorsque la comptabilité du débiteur des avantages mentionnés à l'article R. 243-36 ne permet pas d'établir le montant desdits avantages servant de base au calcul des cotisations dues, le montant des cotisations est fixé forfaitairement par l'organisme chargé du recouvrement.

En cas de carence de l'organisme créancier, le forfait est établi par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Lorsque le débiteur des avantages mentionnés à l'article R. 243-36 n'a pas produit dans le délai prescrit la déclaration prévue à l'article R. 243-37, l'organisme de recouvrement peut fixer, à titre provisionnel, le montant des cotisations en fonction des versements effectués au titre des mois antérieurs. Cette évaluation est adressée au débiteur par mise en demeure dans les conditions prévues aux articles L. 244-2 et L. 244-3.

### **Article R243-41**

Le débiteur d'un des avantages mentionnés à l'article R. 243-36 est tenu de faire parvenir à son bénéficiaire un bulletin indiquant notamment, pour la période considérée, les montants brut et net de l'avantage en cause ainsi que le montant de la cotisation précomptée.

### **Article R243-42**

Le versement des cotisations assises sur les indemnités de garanties allouées aux dockers en application du titre II du livre V du code des ports maritimes est effectué sur la base des états nominatifs établis par la Caisse nationale de garantie des ouvriers dockers qui mentionnent pour chaque docker concerné le montant des sommes dues à ce titre.

Ces sommes sont, pour le compte de la Caisse nationale de garantie des ouvriers dockers, versées par l'intermédiaire des caisses de congés payés des ports.

### **Article R243-43**

Les cotisations assises sur les indemnités, allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2 servis par l'employeur sont versées par celui-ci à l'organisme de recouvrement dont il relève, dans les conditions prévues aux articles R. 242-5, R. 243-6 à R. 243-8, R. 243-13, R. 243-15, R. 243-16, R. 243-18, R. 243-19 et R. 243-20. Pour l'application de ces dispositions, les avantages précités sont assimilés à des rémunérations. L'employeur indique dans la déclaration annuelle des données sociales le montant global de ces avantages versés dans l'année et soumis à cotisation.

## **Sous-section 5 : Dispositions communes - Garanties des droits des cotisants.**

### **Article R243-43-1**

I. - L'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans le cas prévu à l'article L. 243-6-1, est sollicitée par le cotisant, par une demande écrite et motivée, à laquelle sont joints tous documents relatifs aux interprétations contradictoires auxquelles il est confronté.

La demande d'intervention a pour effet d'interrompre les délais de recours prévus à l'article R. 142-1. Ces délais courent à nouveau à compter de la date de réception par le cotisant de la décision prise par l'organisme de recouvrement à la suite de la prise de position de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ne peut être saisie dès lors que le cotisant a formé, devant la commission de recours amiable prévue à l'article R. 142-1, une réclamation portant sur ces interprétations.

La présentation par le cotisant, devant la commission de recours amiable, d'une réclamation portant sur ces interprétations, avant la communication qui lui est faite de la position adoptée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, rend caduque sa demande d'intervention.

La demande d'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale n'a pour effet ni de suspendre, ni d'interrompre les délais de prescription.

II. - La demande d'intervention est réputée complète si, dans le délai de trente jours à compter de sa réception, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale n'a pas fait connaître au cotisant, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la liste des pièces ou informations manquantes.

La demande d'intervention complète fait l'objet par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale d'un accusé de réception.

Cet accusé indique au cotisant :

1° La date avant laquelle la position adoptée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale doit lui être notifiée ;

2° Les dispositions prévues aux deuxième, quatrième et cinquième alinéas du I du présent article.

III. - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dispose d'un délai de quarante jours, courant à compter de la date à laquelle la demande complète a été reçue, pour communiquer aux organismes de recouvrement en cause et au cotisant sa position.

Dans un délai de trente jours, chacun des organismes de recouvrement notifie sa décision au cotisant et en adresse une copie à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Lorsque l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale entend se substituer à l'organisme de recouvrement, elle notifie sa décision au cotisant et à l'organisme dans un délai de trente jours à

compter de la réception de la décision prise par ce dernier. Les délais de recours prévus à l'article R. 142-1 courent contre cette décision à compter de sa notification au cotisant.

## **Article R243-43-2**

I.-La demande du cotisant ou du futur cotisant mentionnée à l'article L. 243-6-3 est adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'organisme de recouvrement auprès duquel le cotisant est tenu de souscrire ses déclarations ou est tenu de s'affilier. Elle peut également être remise en main propre contre décharge.

La demande doit comporter :

- 1° Le nom et l'adresse du demandeur en sa qualité d'employeur ;
- 2° Son numéro d'immatriculation lorsqu'il est déjà affilié au régime général de sécurité sociale ;
- 3° Les indications relatives à la législation au regard de laquelle il demande que sa situation soit appréciée ;
- 4° Une présentation précise et complète de sa situation de fait de nature à permettre à l'organisme de recouvrement d'apprécier si les conditions requises par la législation sont satisfaites.

Le cotisant ne peut adresser sa demande à l'organisme de recouvrement dès lors que lui a été notifié l'avis prévu par le premier alinéa de l'article R. 243-59.

II.-La demande est réputée complète si, dans le délai de trente jours à compter de sa réception, l'organisme de recouvrement n'a pas fait connaître au cotisant la liste des pièces ou des informations manquantes.

L'organisme de recouvrement dispose d'un délai de trois mois, courant à compter de la date à laquelle la demande complète a été reçue, pour notifier au cotisant sa réponse. Celle-ci est motivée et signée par son directeur ou son délégué.

III.-Lorsqu'un organisme de recouvrement entend modifier pour l'avenir une décision explicite prise à la suite d'une demande présentée sur le fondement des dispositions de l'article L. 243-6-3, sa nouvelle décision, notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, est motivée et précise au cotisant :

- 1° Les voies et délais de recours contre cette nouvelle décision ;
- 2° La faculté de saisir à fin d'intervention, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les trente jours suivant la notification de la décision ;
- 3° Les dispositions prévues par le VI du présent article.

IV.-La demande d'intervention adressée par le cotisant à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est réputée complète si, dans le délai d'un mois à compter de sa réception, l'Agence n'a pas fait connaître au cotisant, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la liste des pièces ou informations manquantes.

La demande d'intervention complète fait l'objet par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale d'un accusé de réception. Cet accusé mentionne les délais fixés par les troisième et

cinquième alinéas du VI du présent article.

V.-Les délais de recours prévus à l'article R. 142-1 sont interrompus si l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est saisie par une demande complète dans le délai fixé au 2° du IV du présent article.

La demande d'intervention présentée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale n'a pour effet ni d'interrompre ni de suspendre les délais de prescription.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dispose d'un délai de quarante jours, courant à compter de la date à laquelle la demande complète a été reçue, pour communiquer à l'organisme de recouvrement sa position quant à l'interprétation à retenir et la transmettre pour information au cotisant.

Si avant cette transmission, le cotisant présente une réclamation, devant la commission de recours amiable, contre la nouvelle décision prise par l'organisme de recouvrement, sa demande d'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale devient caduque.

L'organisme de recouvrement notifie au cotisant la position prise par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans le délai d'un mois à compter de sa réception.

## **Sous-section 6 : Dispositions communes - Vérification des déclarations.**

### **Article R243-43-3**

Pour l'exercice des missions définies à l'article L. 213-1, les organismes de recouvrement procèdent à la vérification de l'exactitude et de la conformité à la législation en vigueur des déclarations qui leur sont transmises par les travailleurs indépendants et les employeurs, personnes privées ou publiques. A cette fin, ils peuvent rapprocher les informations portées sur ces déclarations avec celles mentionnées sur les documents qui leur ont déjà été transmis par le cotisant ainsi qu'avec les informations que d'autres institutions peuvent légalement leur communiquer.

Les organismes de recouvrement peuvent demander par écrit au cotisant de leur communiquer tout document ou information complémentaire nécessaire pour procéder aux vérifications mentionnées à l'alinéa précédent.

Les résultats des vérifications effectuées au premier alinéa du présent article ne préjugent pas des constatations pouvant être opérées par les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 243-7.

### **Article R243-43-4**

Lorsqu'à l'issue des vérifications mentionnées à l'article R. 243-43-3, l'organisme de recouvrement envisage un redressement, il adresse par lettre recommandée avec demande d'avis de réception un courrier au cotisant lui indiquant :

1° Les déclarations et les documents examinés ;

2° Les périodes auxquelles se rapportent ces déclarations et documents ;

3° Le motif, le mode de calcul et le montant du redressement envisagé ;

4° La faculté dont il dispose de se faire assister d'un conseil de son choix pour répondre aux observations faites, sa réponse devant être notifiée à l'organisme de recouvrement dans un délai de trente jours ;

5° Le droit pour l'organisme d'engager la mise en recouvrement en l'absence de réponse de sa part à l'issue de ce même délai.

Lorsque le cotisant a fait part de ses observations dans le délai prévu au 4°, l'organisme de recouvrement lui confirme par courrier s'il maintient ou non sa décision d'engager la mise en recouvrement pour tout ou partie des sommes en cause.

L'organisme de recouvrement engage, dans les conditions définies à l'article R. 244-1, la mise en recouvrement des cotisations, des majorations et des pénalités de retard faisant l'objet du redressement :

- soit à l'issue du délai fixé au 4° en l'absence de réponse du cotisant parvenue dans ce délai à l'organisme ;

- soit après l'envoi par l'organisme de recouvrement du courrier par lequel il a été répondu aux observations du cotisant.

Lorsqu'à l'issue des vérifications mentionnées à l'article R. 243-43-3, l'organisme de recouvrement constate que les sommes qui lui ont été versées excèdent les sommes dont l'employeur ou le travailleur indépendant était redevable, il en informe l'intéressé en précisant les modalités d'imputation ou de remboursement.

## **Sous-section 7 : Dispositions communes - Dispositions diverses.**

### **Article R243-44**

Les dispositions des articles R. 133-1, R. 133-2, R. 133-3, R. 244-4, R. 244-5 et R. 244-7 s'appliquent au recouvrement des cotisations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 243-2.

### **Article R243-44-1**



Les cotisations et contributions dues par l'Etat au régime général de sécurité sociale pour les détenus effectuant un travail pénal sont versées aux échéances prévues par l'article R. 243-6 aux organismes de recouvrement du régime général de sécurité sociale désignés par une décision du directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Ces versements sont soumis aux dispositions des articles R. 243-13, R. 243-16, R. 243-18, R. 243-19, R. 243-19-1, R. 243-20 et R. 243-21.

## **Article R243-45**

En ce qui concerne les voyageurs et représentants de commerce travaillant pour deux ou plusieurs employeurs, les cotisations de sécurité sociale sont versées par l'intermédiaire d'une caisse nationale de compensation, à gestion paritaire, régie par la loi du 1er juillet 1901 sur les associations et agréée à cet effet par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, sur le vu de ses statuts et de son règlement intérieur.

Ladite caisse de compensation, agissant comme mandataire des employeurs, fixe les modalités de la répartition des charges entre les employeurs et éventuellement les acomptes provisionnels à verser par ces derniers. La caisse de compensation effectue le versement des cotisations légales aux organismes de sécurité sociale compétents.

Des arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale peuvent autoriser dans les mêmes conditions la création de caisses de compensation concernant d'autres catégories d'assurés travaillant régulièrement et habituellement pour deux ou plusieurs employeurs.

## **Section 2 : Sûretés.**

### **Article R243-46**

L'inscription [\*du privilège\*] prévue à l'article L. 243-5 est effectuée au greffe du tribunal de commerce ou du tribunal de grande instance qui en tient lieu, dans le ressort duquel est situé le siège social pour les sociétés ou l'établissement principal pour les autres entreprises assujetties à l'inscription au registre du commerce.

Pour les entreprises dont le siège social ou le principal établissement n'est pas situé sur le territoire métropolitain, l'inscription est effectuée au greffe du tribunal de commerce de Paris, en ce qui concerne les créances nées du fonctionnement de ces entreprises sur ce territoire.

### **Article R243-47**

Pour inscrire son privilège, l'organisme chargé du recouvrement des cotisations remet ou adresse par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au greffier un bordereau en double exemplaire portant les indications suivantes :

1°) désignation et adresse de l'organisme créancier ;

2°) les nom, prénoms, raison sociale ou dénomination commerciale, profession, adresse du débiteur, ainsi que, le cas échéant, l'adresse du siège social ou de l'établissement principal ;

3°) le numéro d'inscription au registre du commerce et le numéro matricule d'employeur ou de travailleur indépendant du débiteur ;

4°) le montant des sommes dues et la date de leur échéance.

### **Article R243-48**

En même temps qu'il requiert l'inscription de son privilège, l'organisme créancier en avise le débiteur par lettre recommandée.

### **Article R243-49**

Un des exemplaires du bordereau [\*d'inscription du privilège\*] mentionné à l'article R. 243-47 est rendu ou renvoyé à l'organisme créancier après avoir été revêtu, dès la réception par le greffier, de la mention d'inscription qui comprendra la date de celle-ci et le numéro sous lequel elle a été effectuée.

L'autre exemplaire portant les mêmes mentions est conservé au greffe. Les bordereaux sont enliassés et reliés aux frais des greffiers.

### **Article R243-50**

L'organisme créancier ne peut requérir l'inscription des créances privilégiées qui ne font pas l'objet de l'obligation prévue au premier alinéa de l'article L. 243-5 après l'expiration du délai prévu au même alinéa du même article.

### **Article R243-51**

L'organisme créancier peut requérir l'inscription même si les sommes dues font l'objet d'une contestation de la part du débiteur. Mention de l'existence de la contestation est portée sur le bordereau mentionné à l'article R. 243-47 à la diligence soit de l'organisme créancier, soit du débiteur, sur production d'un certificat délivré par l'organisme créancier, soit par le secrétaire du tribunal des affaires de sécurité sociale, et établissant l'existence d'une réclamation.

Cette mention fait l'objet d'une radiation effectuée dans les mêmes conditions.

## **Article R243-52**

Le greffier mentionne en marge des inscriptions les subrogations et radiations totales ou partielles.

Les subrogations donnent lieu à l'établissement d'un bordereau en double exemplaire dont l'un est rendu au bénéficiaire de la subrogation et dont l'autre est conservé au greffe comme il est dit à l'article R. 243-49.

Les radiations sont effectuées sur présentation au greffier d'un certificat délivré par l'organisme créancier ou d'un acte de mainlevée émanant du créancier subrogé.

## **Article R243-53**

L'organisme créancier conserve son privilège au-delà de deux ans et six mois, en application du deuxième alinéa de l'article L. 243-5, s'il a été fait mention de la saisie en marge des inscriptions avant l'expiration dudit délai.

Le greffier opère cette mention au vu des indications contenues dans un certificat établi par l'organisme créancier, si la saisie a été pratiquée à la requête de celui-ci, ou par le percepteur, lorsqu'il a été fait usage de la procédure sommaire mentionnée à l'article R. 133-2.

La mention en marge doit comporter les indications suivantes :

date et nature de la saisie, nom et qualité de la personne qui l'a pratiquée, désignation sommaire des biens qui en font l'objet. Toutefois, cette dernière indication résultera, sauf pour l'application de l'article R. 243-57 ci-après, d'un simple renvoi à la désignation figurant dans le certificat.

Les radiations sont effectuées sur présentation au greffier d'un certificat de mainlevée totale ou partielle délivré par l'organisme créancier ou par le percepteur.

Toute mention de saisie, non radiée, est périmée à l'expiration d'un délai de dix ans à compter de sa date, sauf renouvellement.

## **Article R243-54**

Les certificats prévus aux articles R. 243-51 à R. 243-53 sont remis ou adressés au greffier en deux exemplaires, dont l'un est rendu ou renvoyé à titre de récépissé, après avoir été revêtu, dès réception, d'une mention indiquant la date d'accomplissement de la formalité requise.

Les exemplaires conservés au greffe sont enliassés et reliés aux frais des greffiers.

La remise au greffier de l'acte de mainlevée prévu au troisième alinéa de l'article R. 243-52 donne lieu à la délivrance d'un récépissé.

### **Article R243-55**

Le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 peut requérir, dans les conditions des articles précédents, l'inscription ou la radiation du privilège.

### **Article R243-56**

Les frais d'inscription sont à la charge du débiteur, mais sont avancés par l'organisme créancier. Toutefois, ils restent à la charge de cet organisme dans la mesure où l'inscription a été requise à tort.

Les frais de radiation sont à la charge du débiteur. Toutefois, si l'inscription a été requise à tort, ils sont à la charge de l'organisme requérant, mais avancés par la personne qui demande la radiation.

### **Article R243-57**

Les greffiers sont tenus de délivrer à tous ceux qui le requièrent, soit l'état des inscriptions existantes avec les mentions de radiations partielles ou de subrogations partielles ou totales ou de contestation ou de saisie, soit un certificat indiquant qu'il n'existe aucune inscription.

### **Article R243-58**

Le modèle des bordereaux, avis et certificats prévus aux articles R. 243-47, R. 243-48, R. 243-51 à R. 243-53, est fixé par un arrêté pris conjointement par le ministre chargé de la justice et par le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Section 4 : Contrôle**

### **Article R243-59**

Tout contrôle effectué en application de l'article L. 243-7 est précédé de l'envoi par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations d'un avis adressé à l'employeur ou au travailleur indépendant par lettre recommandée avec accusé de réception, sauf dans le cas où le contrôle est effectué pour rechercher des infractions aux interdictions mentionnées à l'article L. 324-9 du code

du travail. Cet avis mentionne qu'un document présentant au cotisant la procédure de contrôle et les droits dont il dispose pendant son déroulement et à son issue, tels qu'ils sont définis par le présent code, lui sera remis dès le début du contrôle et précise l'adresse électronique où ce document est consultable. Lorsque l'avis concerne un contrôle mentionné à l'article R. 243-59-3, il précise l'adresse électronique où ce document est consultable et indique qu'il est adressé au cotisant sur sa demande, le modèle de ce document, intitulé "Charte du cotisant contrôlé", est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'employeur ou le travailleur indépendant a le droit pendant le contrôle de se faire assister du conseil de son choix. Il est fait mention de ce droit dans l'avis prévu à l'alinéa précédent.

Les employeurs, personnes privées ou publiques, et les travailleurs indépendants sont tenus de présenter aux agents chargés du contrôle mentionnés à l'article L. 243-7, dénommés inspecteurs du recouvrement, tout document et de permettre l'accès à tout support d'information qui leur sont demandés par ces agents comme nécessaires à l'exercice du contrôle.

Ces agents peuvent interroger les personnes rémunérées notamment pour connaître leurs nom et adresse ainsi que la nature des activités exercées et le montant des rémunérations y afférentes, y compris les avantages en nature.

A l'issue du contrôle, les inspecteurs du recouvrement communiquent à l'employeur ou au travailleur indépendant un document daté et signé par eux mentionnant l'objet du contrôle, les documents consultés, la période vérifiée et la date de la fin du contrôle. Ce document mentionne, s'il y a lieu, les observations faites au cours du contrôle, assorties de l'indication de la nature, du mode de calcul et du montant des redressements envisagés. Le cas échéant, il mentionne les motifs qui conduisent à ne pas retenir la bonne foi de l'employeur ou du travailleur indépendant. Ce constat d'absence de bonne foi est contresigné par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement. Il indique également au cotisant qu'il dispose d'un délai de trente jours pour répondre par lettre recommandée avec accusé de réception, à ces observations et qu'il a, pour ce faire, la faculté de se faire assister d'un conseil de son choix.

En l'absence de réponse de l'employeur ou du travailleur indépendant dans le délai de trente jours, l'organisme de recouvrement peut engager la mise en recouvrement des cotisations, des majorations et pénalités faisant l'objet du redressement.

Lorsque l'employeur ou le travailleur indépendant a répondu aux observations avant la fin du délai imparti, la mise en recouvrement des cotisations, des majorations et pénalités faisant l'objet du redressement ne peut intervenir avant l'expiration de ce délai et avant qu'il ait été répondu par l'inspecteur du recouvrement aux observations de l'employeur ou du travailleur indépendant.

L'inspecteur du recouvrement transmet à l'organisme chargé de la mise en recouvrement le procès-verbal de contrôle faisant état de ses observations, accompagné, s'il y a lieu, de la réponse de l'intéressé et de celle de l'inspecteur du recouvrement.

L'absence d'observations vaut accord tacite concernant les pratiques ayant donné lieu à vérification, dès lors que l'organisme de recouvrement a eu les moyens de se prononcer en toute connaissance de cause. Le redressement ne peut porter sur des éléments qui, ayant fait l'objet d'un précédent contrôle

dans la même entreprise ou le même établissement, n'ont pas donné lieu à observations de la part de cet organisme.

### **Article R243-59-1**

Lorsque la tenue et la conservation des documents et des informations, qui doivent être mis à disposition de l'inspecteur du recouvrement à sa demande, sont réalisées par des moyens informatiques, il peut être procédé aux opérations de contrôle par la mise en oeuvre de traitements automatisés en ayant recours au matériel informatique utilisé par le cotisant sous réserve de son consentement. En cas d'opposition du cotisant, ce dernier confirme sa position par écrit. Il met alors à la disposition de l'inspecteur du recouvrement les copies des documents, des données et des traitements nécessaires à l'exercice du contrôle. Ces copies sont faites sur un support informatique répondant aux normes définies par l'inspecteur du recouvrement et sont restituées avant l'engagement de la mise en recouvrement.

L'employeur ou le travailleur indépendant peut demander à effectuer lui-même tout ou partie des traitements automatisés nécessaires aux opérations de contrôle. Dans ce cas, l'inspecteur du recouvrement lui indique par écrit les traitements à réaliser ainsi que les délais accordés pour les effectuer.

### **Article R243-59-2**

Les inspecteurs du recouvrement peuvent proposer à l'employeur d'utiliser les méthodes de vérification par échantillonnage et extrapolation définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Au moins quinze jours avant le début de cette vérification, l'inspecteur du recouvrement remet à l'employeur un document lui indiquant les différentes phases de la mise en oeuvre des méthodes de vérification par échantillonnage et extrapolation et les formules statistiques utilisées pour leur application. Il lui remet également l'arrêté mentionné au présent article.

Dès lors que l'employeur entend s'opposer à l'utilisation de ces méthodes, il en informe l'inspecteur du recouvrement, par écrit et dans les quinze jours suivant la remise des documents mentionnée à l'alinéa précédent. Dans ce cas, l'inspecteur du recouvrement lui fait connaître le lieu dans lequel les éléments nécessaires au contrôle doivent être réunis ainsi que les critères, conformes aux nécessités du contrôle, selon lesquels ces éléments doivent être présentés et classés. L'employeur dispose de quinze jours après notification de cette information pour faire valoir, le cas échéant, ses observations en réponse. A l'issue de ce délai, l'inspecteur notifie à l'employeur le lieu et les critères qu'il a définitivement retenus. La mise à disposition des éléments ainsi définis doit se faire dans un délai déterminé d'un commun accord entre l'inspecteur et l'employeur, mais qui ne peut être supérieur à soixante jours. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, l'opposition de l'employeur à l'utilisation des méthodes de vérification par échantillonnage et extrapolation ne peut être prise en compte.

Lorsque ces méthodes sont mises en oeuvre, l'inspecteur du recouvrement informe l'employeur des critères utilisés pour définir les populations examinées, le mode de tirage des échantillons, leur contenu et la méthode d'extrapolation envisagée pour chacun d'eux.

L'employeur peut présenter à l'inspecteur du recouvrement ses observations tout au long de la mise en oeuvre des méthodes de vérification par échantillonnage. En cas de désaccord de l'employeur exprimé par écrit, l'inspecteur du recouvrement répond par écrit aux observations de l'intéressé.

Le document notifié par l'inspecteur du recouvrement à l'issue du contrôle, en application du cinquième alinéa de l'article R. 243-59, précise les populations faisant l'objet des vérifications, les critères retenus pour procéder au tirage des échantillons, leur contenu, les cas atypiques qui en ont été exclus, les résultats obtenus pour chacun des échantillons, la méthode d'extrapolation appliquée et les résultats obtenus par application de cette méthode aux populations ayant servi de base au tirage de chacun des échantillons. Il mentionne la faculté reconnue au cotisant en vertu du sixième alinéa du présent article.

Dans le délai de trente jours fixé par le cinquième alinéa de l'article R. 243-59, l'employeur peut informer, par lettre recommandée avec avis de réception, l'organisme de recouvrement de sa décision de procéder au calcul des sommes dont il est redevable ou qu'il a indûment versées pour la totalité des salariés concernés par chacune des anomalies constatées sur chacun des échantillons utilisés.

Lorsque, au terme du délai fixé par l'alinéa précédent, l'employeur n'a pas fait connaître à l'organisme de recouvrement sa décision de procéder au calcul des sommes dont il est redevable, la mise en recouvrement des cotisations, des majorations et pénalités faisant l'objet du redressement ne peut intervenir avant l'expiration de ce délai et avant la réponse de l'inspecteur du recouvrement aux éventuelles observations de l'employeur.

Lorsque l'employeur a fait connaître dans le délai imparti sa décision de procéder au calcul des sommes dont il est redevable, l'engagement de la procédure de recouvrement ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de trente jours courant à compter de la réception par l'organisme de recouvrement de la décision de l'employeur. Avant l'expiration de ce délai, ce dernier adresse à l'inspecteur du recouvrement les résultats de ses calculs accompagnés des éléments permettant de s'assurer de leur réalité et de leur exactitude. L'inspecteur du recouvrement peut s'assurer de l'exactitude de ces calculs, notamment en procédant à l'examen d'un nouvel échantillon. La mise en recouvrement des cotisations, des majorations et pénalités faisant l'objet du redressement ne peut intervenir avant l'expiration de ce délai de trente jours et avant la réponse de l'inspecteur du recouvrement aux éventuelles observations de l'employeur.

L'inspecteur du recouvrement transmet à l'organisme chargé de la mise en recouvrement le procès-verbal de contrôle faisant état de ses observations, accompagné, s'il y a lieu, de l'ensemble des courriers et documents transmis par l'employeur et de la réponse de l'inspecteur du recouvrement.

### **Article R243-59-3**

Des opérations de contrôle des obligations déclaratives et de paiement des employeurs et des travailleurs indépendants occupant neuf salariés au plus au 31 décembre de l'année qui précède celle de l'avis de contrôle peuvent être réalisées sous les garanties prévues à l'article R. 243-59 dans les locaux de l'organisme de recouvrement à partir des éléments dont dispose l'organisme et de ceux

demandés pour le contrôle.

Ce contrôle peut être réalisé soit par les inspecteurs du recouvrement, soit par des contrôleurs du recouvrement répondant aux conditions énumérées à l'article L. 243-7.

En cas de non-transmission des éléments demandés ou lorsque l'examen des pièces nécessite d'autres investigations, la procédure est clôturée par un document, se substituant à celui mentionné au cinquième alinéa de l'article R. 243-59, informant l'employeur ou le travailleur indépendant qu'un contrôle va être engagé, dans les conditions fixées à l'article R. 243-59.

## **Article R243-60**

Lorsque l'employeur est membre du conseil d'administration de l'union de recouvrement ou lorsque le contrôle concerne l'union de recouvrement, le contrôle est délégué à une autre union, désignée par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Lorsque l'employeur est membre du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou lorsque le contrôle concerne ladite agence, le contrôle est délégué à l'Union de recouvrement de Paris et de la région parisienne.

## **Article R243-60-1**

Le comité des abus de droit a pour mission, lorsqu'il est saisi, d'émettre un avis sur l'existence d'actes constitutifs d'un abus de droit au sens de l'article L. 243-7-2.

Il comprend :

- 1° Un conseiller à la Cour de cassation, président ;
- 2° Un conseiller d'Etat ;
- 3° Un conseiller maître à la Cour des comptes ;
- 4° Un avocat ayant une compétence en droit social ;
- 5° Un expert-comptable ;
- 6° Un professeur des universités, agrégé de droit ;
- 7° Un inspecteur général des affaires sociales.

Les membres du comité sont nommés, pour une durée de trois ans renouvelable, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, sur proposition, pour les personnes mentionnées aux 1°, 2°, 3°, 4° et 5°, respectivement du premier président de la Cour de cassation, du vice-président du Conseil d'Etat, du premier président de la Cour des comptes, du Conseil national des barreaux et du Conseil supérieur de l'ordre des experts-comptables.

Des suppléants sont nommés dans les mêmes conditions.

Un ou plusieurs agents de catégorie A de la direction de la sécurité sociale et un ou plusieurs agents de catégorie A du service des affaires financières, sociales et logistiques du ministère chargé de l'agriculture sont désignés respectivement par le ministre chargé de la sécurité sociale et par le ministre chargé de l'agriculture pour remplir les fonctions de rapporteur auprès du comité.

Le président peut inviter un ou plusieurs membres, suppléants ou rapporteurs du comité de l'abus de droit fiscal à assister aux délibérations du comité des abus de droit.



## **Article R243-60-2**

I. # Tout membre du comité des abus de droit doit informer le président :

1° Des intérêts qu'il a détenus au cours des deux ans précédant sa nomination, qu'il détient ou vient à détenir ;

2° Des fonctions qu'il a exercées au cours des deux ans précédant sa nomination, qu'il exerce ou vient à exercer ;

3° De tout mandat au sein d'une personne morale qu'il a détenu au cours des deux ans précédant sa nomination, qu'il détient ou vient à détenir.

Ces informations ainsi que celles concernant le président sont tenues à la disposition des membres du comité.

Aucun membre du comité ne peut délibérer dans une affaire dans laquelle lui-même ou, le cas échéant, une personne morale au sein de laquelle il a, au cours des deux ans précédant la délibération, exercé des fonctions ou détenu un mandat, a ou a eu un intérêt au cours de la même période. 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 a, au cours des deux ans précédant la délibération, exercé des fonctions ou détenu un mandat, a représenté une des parties intéressées au cours de la même période.

Le président du comité prend les mesures appropriées pour assurer le respect de ces obligations et interdictions.

II. # Les membres et les personnels du comité des abus de droit sont tenus au respect des règles de secret professionnel. Ce secret n'est pas opposable à l'autorité judiciaire agissant dans le cadre d'une procédure pénale.

III. # Nul ne peut être membre de ce comité s'il a été condamné au cours des cinq années passées, selon les modalités prévues à l'article 131-27 du code pénal, à une peine d'interdiction d'exercer une profession commerciale ou industrielle, de diriger, d'administrer, de gérer ou de contrôler à un titre quelconque, directement ou indirectement, pour son propre compte ou pour le compte d'autrui, une entreprise commerciale ou industrielle ou une société commerciale ou à une peine pour travail dissimulé, marchandage, prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 8224-1, L. 8224-2, L. 8234-1 et L. 8243-1 du code du travail.

## **Article R243-60-3**

I. # La décision de mettre en œuvre les dispositions prévues à l'article L. 243-7-2 est prise par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement, qui contresigne à cet effet le document mentionné au cinquième alinéa de l'article R. 243-59. Ce document mentionne la possibilité de saisir le comité des abus de droit et les délais impartis au cotisant pour ce faire.

II. # Le cotisant dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception du document mentionné au I pour demander au service mentionné à l'article R. 155-1 que le litige soit soumis à l'avis du comité des abus de droit. S'il formule dans ce délai des observations à ce document, il dispose à nouveau d'un délai de trente jours à compter de la réception de la réponse de l'organisme de recouvrement à ces observations.

III. # Dans un délai de trente jours, le service mentionné à l'article R. 155-1 saisit le comité des demandes recevables et avertit l'organisme.

IV. # L'organisme de recouvrement et le cotisant sont invités à produire leurs observations dans un délai de trente jours ; ils reçoivent communication des observations produites par l'autre partie. Le président du comité peut en outre recueillir auprès du cotisant et de l'organisme tout renseignement

complémentaire utile à l'instruction du dossier.

V. # Si le cotisant a formé, devant la commission de recours amiable prévue à l'article R. 142-1, une réclamation portant sur une décision de redressement prise dans le cadre de la même procédure que celle qui a donné lieu à la saisine du comité des abus de droit, la commission diffère son avis ou sa décision dans l'attente de l'avis du comité.

VI. # Le président communique l'avis du comité au cotisant et à l'organisme de recouvrement. Celui-ci notifie sa décision au cotisant et, en cas de modification du redressement, lui adresse une mise en demeure rectificative, conformément à l'article L. 244-2, dans un délai de trente jours.

## **Section 5 : Encaissement des cotisations, contributions et taxes sociales recouvrées par les organismes visés à l'article L. 213-1**

### **Article R243-61**

Pour l'appréciation de la condition prévue au I de l'article L. 243-14, il est tenu compte du montant total des cotisations, contributions et taxes dues le cas échéant par l'ensemble des établissements de l'entreprise. Lesdites cotisations, contributions et taxes s'entendent compte non tenu des éventuelles majorations et pénalités prévues aux articles L. 243-14, R. 243-16 et R. 243-18.

L'ordre de virement est accompagné de références dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Chapitre 4 : Contentieux et pénalités.**

### **Section 1 : Dispositions communes**

#### **Article R244-1**

L'envoi par l'organisme de recouvrement ou par le service mentionné à l'article R. 155-1 de l'avertissement ou de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2, est effectué par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. L'avertissement ou la mise en demeure précise la cause, la nature et le montant des sommes réclamées ainsi que la période à laquelle elles se rapportent.

Lorsque l'employeur ou le travailleur indépendant qui fait l'objet de l'avertissement ou de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2, saisit la juridiction compétente dans les conditions prévues à l'article R. 133-2, la prescription des actions mentionnées aux articles L. 244-7 et L. 244-11 est interrompue et de nouveaux délais recommencent à courir à compter du jour où le jugement est devenu définitif.

## **Article R244-2**

Les tribunaux des affaires de sécurité sociale statuent en dernier ressort, quel que soit le chiffre de la demande, lorsqu'ils sont saisis de recours contre des décisions prises en application de l'article R. 243-20 et du II de l'article R. 133-9-1.

## **Article R244-3**

Hors le cas de récidive dans un délai de trois ans prévu à l'article L. 244-6, l'employeur qui a retenu par devers lui indûment la contribution des salariés aux assurances sociales précomptée sur le salaire est passible des peines prévues pour les contraventions de 5e classe.

## **Article R244-4**

L'employeur ou le travailleur indépendant qui ne s'est pas conformé aux prescriptions de la législation de sécurité sociale est passible de l'amende prévue pour les contraventions de la 3e classe prononcée par le tribunal sans préjudice de la condamnation par le même jugement et à la requête du ministère public ou de la partie civile au paiement de la somme représentant les contributions dont le versement lui incombait, ainsi qu'au paiement des majorations de retard. L'amende est appliquée autant de fois qu'il y a de personnes employées dans des conditions contraires aux prescriptions relatives à l'immatriculation et au paiement des cotisations de sécurité sociale sans que le total des amendes puisse dépasser 1 500 euros.

## **Article R244-5**

En cas de récidive, le contrevenant est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 5e classe sans préjudice de la condamnation par le même jugement et à la requête du ministère public ou de la partie civile au paiement des contributions dont le versement lui incombait ainsi qu'au paiement des majorations de retard.

## **Article R244-6**

En cas de pluralité de contraventions entraînant les peines de la récidive, l'amende est appliquée autant de fois qu'on a relevé de nouvelles contraventions. Toutefois, le total des amendes ne peut dépasser 4 500 euros.

## **Section 2 : Dispositions relatives aux cotisations dues à titre personnel par les employeurs et travailleurs indépendants**

### **Article R244-7**

Les dispositions prévues aux articles R. 652-2 à R. 652-9 sont applicables pour le recouvrement des cotisations, des majorations de retard et pénalités dues à titre personnel par les employeurs et travailleurs indépendants.

## **Chapitre 5 : Ressources autres que les cotisations**

### **Section 1 : Contribution des entreprises de préparation de médicaments**

#### **Article R245-1**

Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies ci-dessus parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités remboursables et agréées à l'usage des collectivités et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités pharmaceutiques. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant au centième par défaut.

#### **Article R245-3**

Les entreprises visées à l'article L. 245-1 doivent remettre à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée à cet effet, au plus tard le 1er décembre de chaque année, une déclaration conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le montant de la contribution éventuellement due doit être acquitté auprès de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée à cet effet au moment du dépôt de la déclaration.

Toutefois, par dérogation aux deux alinéas ci-dessus, les entreprises dont la clôture de l'exercice intervient à partir du 30 septembre et jusqu'au 30 novembre doivent acquitter à titre provisionnel pour le 1er décembre une contribution d'un montant égal à celui de la contribution éventuellement

versée au titre du précédent exercice. La déclaration accompagnée, le cas échéant, d'un versement régularisateur ou d'une demande de remboursement est remise dans les trois mois suivant la date de clôture de l'exercice.

#### **Article R245-4**

En cas de cession de l'entreprise ou cessation d'activité de l'entreprise visée à l'article L. 245-1, la déclaration et le versement de la contribution éventuellement due sont transmis dans un délai d'un mois. Ce délai court :

- a) Lorsqu'il s'agit de la vente ou de la cession d'un fonds de commerce, du jour de la vente où la cession a été publiée dans un journal d'annonces légales ;
- b) Lorsqu'il s'agit de la cessation de l'activité de l'entreprise, du jour de cette cessation définitive.

#### **Article R245-5**

Lorsque la durée du ou des derniers exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois, l'abattement forfaitaire prévu au 1° du II de l'article L. 245-2 est, pour chaque exercice clos depuis la dernière échéance, égal au produit du montant de l'abattement forfaitaire par le rapport du nombre de jours d'activité sur trois cent soixante jours, chaque mois complet d'activité correspondant à trente jours.

#### **Article R245-6**

Le groupe mentionné au dernier alinéa du II de l'article L. 245-2 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 et par une ou plusieurs entreprises dont elle possède au moins 50 % du capital et dont le chiffre d'affaires est consolidé avec son propre chiffre d'affaires.

Pour bénéficier du report d'abattement prévu au II de l'article L. 245-2, les entreprises doivent déposer auprès de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales dont elles relèvent à la date de dépôt de la déclaration prévue à l'article R. 245-3, un document commun établi par l'entreprise consolidante qui mentionne la raison sociale des entités exploitantes concernées et les montants de leurs chiffres d'affaires se rapportant aux spécialités génériques et aux médicaments orphelins ouvrant droit à l'abattement, la raison sociale des sociétés bénéficiaires du report d'abattement, le montant total initial des abattements applicables au titre des 2° et 3° du II de l'article L. 245-2 et les modalités de répartition de cet abattement entre les sociétés du groupe.

Les abattements mentionnés aux 2° et 3° du II de l'article L. 245-2 sont reportés au bénéfice d'une ou plusieurs entreprises appartenant au même groupe, sur le même exercice que celui au titre duquel il est constaté, lorsqu'ils sont supérieurs à l'assiette de la contribution.

#### **Article R245-7**

Lorsque la durée du ou des derniers exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois, le montant du chiffre d'affaires mentionné au premier alinéa de l'article L. 245-4 est égal au produit du chiffre d'affaires effectif réalisé pour chaque exercice clos depuis la dernière échéance de la contribution par le rapport de trois cent soixante jours sur le nombre de jours d'activité, chaque mois complet d'activité correspondant à trente jours.

## **Section 2 : Contributions 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 R245-15**

Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies à l'article L. 245-5-2 afférentes à des produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 et figurant sur la liste prévue à l'article L. 165-1, annexée à l'arrêté pris pour l'application de l'article R. 165-1, parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des produits et prestations dont l'entreprise assure la fabrication, l'importation ou la distribution, la répartition des charges est déterminée par application aux charges globales de même nature du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 et celui de l'ensemble des produits et prestations fabriqués, importés ou distribués par l'entreprise.

### **Article R245-16**

Les dispositions prévues aux articles R. 245-3 et R. 245-4 s'appliquent à la contribution visée à l'article L. 245-5-1.

### **Article R245-16-1**

Lorsque la durée du ou des derniers exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois, l'abattement forfaitaire prévu à l'article L. 245-5-2 est, pour chaque exercice clos depuis la dernière échéance, égal au produit du montant de l'abattement forfaitaire par le rapport du nombre de jours d'activité sur trois cent soixante jours, chaque mois complet d'activité correspondant à trente jours.

### **Article R245-16-2**

Lorsque la durée du ou des derniers exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois, le montant du chiffre d'affaires mentionné au premier alinéa de l'article L. 245-5-3 est égal au produit du chiffre d'affaires effectif réalisé pour chaque exercice clos depuis la

dernière échéance de la contribution par le rapport de trois cent soixante jours sur le nombre de jours d'activité, chaque mois complet d'activité correspondant à trente jours.

## **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 R245-17**

Les entreprises mentionnées à l'article L. 245-6 doivent remettre à l'organisme chargé du recouvrement de la contribution en application de l'article L. 138-20, au plus tard le 15 avril de chaque année, une déclaration relative au chiffre d'affaires qu'elles ont réalisé au cours de l'année civile précédente tel qu'il est défini au deuxième alinéa de l'article L. 245-6. Cette déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permet de déterminer, d'une part, le montant du versement provisionnel et, d'autre part, le montant de la régularisation prévus au quatrième alinéa de l'article L. 245-6.

Le montant de la contribution due au titre du versement provisionnel et celui de la régularisation prévus au quatrième alinéa de l'article L. 245-6 sont acquittés auprès de l'organisme chargé du recouvrement de la contribution en application de l'article L. 138-20 au plus tard le 15 avril de chaque année.

Lorsque la régularisation fait apparaître un trop-versé de l'entreprise, ce dernier peut être imputé sur le montant provisionnel ; en l'absence d'obligation de versement provisionnel, il donne lieu à remboursement.

En cas de cession d'exploitation d'un médicament entrant dans l'assiette de la contribution définie au deuxième alinéa de l'article L. 245-6, l'entreprise qui a cédé l'exploitation de ce médicament avant le 1er janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due n'est pas redevable du versement provisionnel correspondant.

### **Article R245-18**

Les dispositions de l'article R. 245-4 sont applicables à la contribution mentionnée à l'article L. 245-6.

## **Chapitre 6 : Dispositions communes.**

### **Article R246-1**

Les articles R. 243-59 et R. 244-3 s'appliquent au recouvrement des cotisations assises sur les avantages de retraite, le débiteur de ces avantages étant assimilé à l'employeur.

Pour l'application de ces articles, ainsi que des articles L. 243-4 à L. 243-6, de la section 4 du chapitre 3 du titre IV du livre II et du chapitre 4 du titre IV du livre II le débiteur des avantages de retraite est assimilé à un employeur, l'avantage de retraite à un salaire et le bénéficiaire de ces avantages à un salarié.

## **Article R246-2**

Les articles R. 243-59 et R. 244-3 s'appliquent au recouvrement des cotisations assises sur les avantages [\*chômage\*] mentionnés à l'article R. 243-36.

Pour l'application des articles mentionnés au premier alinéa, des articles L. 243-4 à L. 243-6, de la section 4 du chapitre 3 du titre IV du livre II et du chapitre 4 du titre IV du livre II, le débiteur desdits avantages est assimilé à un employeur, l'avantage à un salaire et le bénéficiaire de ces avantages à un salarié.



## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 1 : Assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles**

##### **Article R251-1**

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés gère les fonds énumérés ci-après :

- 1°) le Fonds national de l'assurance maladie ;
- 2°) le Fonds national des accidents du travail ;
- 3°) le Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- 4°) le Fonds national d'action sanitaire et sociale ;
- 5°) le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ;
- 6°) le Fonds national du contrôle médical ;
- 7°) le Fonds national de la gestion administrative.

##### **Article R251-2**

Le Fonds national de l'assurance maladie comprend huit sections comptables :

1°) régime général ;

2°) fonctionnaires de l'Etat, agents des collectivités locales, agents relevant du statut national des industries électriques et gazières ;

3°) étudiants ;

4°) invalides de guerre ;

5°) praticiens et auxiliaires médicaux ;

6°) assurance personnelle et assurés volontaires ;

7°) artistes auteurs d'oeuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques, graphiques et plastiques ;

8°) ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.

Les opérations relatives, d'une part, aux soins de santé et, d'autre part, aux incapacités de travail et au décès sont suivies dans des comptes distincts à l'intérieur des sections "régime général" et "assurance personnelle et assurés volontaires" ci-dessus. Les opérations relatives aux différentes catégories d'assurés volontaires sont suivies dans des comptes distincts à l'intérieur de la section "assurance personnelle et assurés volontaires".

### **Article R251-3**

Le fonds national de l'assurance maladie doit être équilibré en recettes et en dépenses.

Les recettes du fonds sont constituées par :

1°) la fraction du produit des cotisations de l'assurance maladie résultant de l'application des articles L. 241-1, L. 241-2 et L. 251-1 ;

2°) la fraction du produit des cotisations créées par l'article L. 231-1 du code des assurances revenant au régime général de sécurité sociale ;

3°) le cas échéant, la fraction de l'excédent du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 251-7-3 ;

4°) les contributions prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Les dépenses du fonds sont constituées par :

1°) les dotations et, éventuellement, les subventions et avances attribuées aux caisses primaires pour le service des prestations au titre de l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès ;

2°) les charges diverses imputables au fonds en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

#### **Article R251-4**

Le fonds de réserve de l'assurance maladie est constitué par :

1°) les excédents du Fonds national de l'assurance maladie ;

2°) les excédents qui y sont affectés par les caisses primaires en application de l'article L. 252-2.

#### **Article R251-5**

Le Fonds national des accidents du travail doit être équilibré en recettes et en dépenses.

Les recettes du fonds sont constituées par :

1°) la fraction du produit des cotisations de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles résultant de l'application des articles L. 241-5 et L. 251-1 ;

2°) les contributions mentionnées par l'article L. 437-1.

Les dépenses du fonds sont constituées par :

1°) les dotations et, éventuellement, les subventions et avances attribuées aux caisses primaires pour le service des prestations au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

2°) les charges diverses imputables au fonds en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

#### **Article R251-6**

Les recettes du Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles sont constituées par la fraction du produit des cotisations d'accidents du travail qui

lui est affectée par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-1.

Le fonds supporte les dépenses effectuées au titre de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les conditions définies au titre II du livre IV et au titre IV du livre II.

### **Article R251-7**

Les recettes du Fonds national d'action sanitaire et sociale sont constituées par la fraction du produit des cotisations de l'assurance maladie, ainsi que celles de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui lui sont affectées par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-1.

Le fonds supporte les dépenses effectuées au titre de l'action sanitaire et sociale.

Au terme de l'exercice budgétaire, la fraction non utilisée par les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail de la dotation annuelle provenant du Fonds national d'action sanitaire et sociale est restituée à ce fonds.

### **Article R251-7-1**

Les recettes du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires sont constituées par la fraction du produit des cotisations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès qui sont affectées à ce fonds par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-1.

Le fonds supporte les dépenses effectuées au titre de la prévention, de l'éducation et de l'information sanitaires, et notamment les examens de santé prévus à l'article L. 321-3.

### **Article R251-7-2**

Au terme de l'exercice budgétaire, la fraction non utilisée par les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail de la dotation annuelle provenant du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires est restituée à ce fonds.

### **Article R251-7-3**

A la clôture des comptes de l'exercice budgétaire, la fraction de l'excédent du fonds de prévention, d'éducation et d'information sanitaires supérieure aux deux douzièmes des crédits consommés au titre du dernier exercice est virée au Fonds national d'assurance maladie.

## **Article R251-8**

Les recettes du Fonds national du contrôle médical sont constituées par :

1°) la fraction du produit des cotisations de l'assurance maladie, ainsi que celle de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui lui sont affectées par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-1 ;

2°) une contribution de la Caisse nationale d'assurance vieillesse dans les conditions fixées par l'arrêté prévu à l'article L. 251-6 ;

3°) une fraction des ressources prévues aux articles L. 382-3 et L. 382-4, dont le montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ;

4°) une fraction des ressources prévues à l'article L. 381-18 déterminée dans les conditions fixées à l'article R. 381-55.

Les dépenses du fonds sont constituées par les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services du contrôle médical.

## **Article R251-9**

Les recettes du Fonds national de la gestion administrative sont constituées par la fraction du produit des cotisations de l'assurance maladie, ainsi que de celle des cotisations de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui lui sont affectées par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-1.

Ce fonds supporte les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services administratifs de la caisse nationale. Les dépenses comportent également les dotations, et éventuellement les subventions et avances destinées à couvrir les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services administratifs des caisses primaires et des caisses régionales d'assurance maladie.

Ce fonds supporte en outre les remises de gestion versées par la caisse nationale aux organismes mutualistes mentionnés aux articles L. 712-6 et L. 712-8 qui assurent aux fonctionnaires le service des prestations en nature des assurances maladie, maternité, invalidité.

Il supporte également les remises de gestion versées par la caisse nationale aux organismes mutualistes mentionnés à l'article L. 381-9 qui assurent aux étudiants le service des prestations énumérées à l'article L. 381-7.

## **Article R251-10**

Le Fonds national de la gestion administrative comporte une section comptable spéciale pour les opérations relatives aux artistes auteurs mentionnés à l'article L. 382-1, alimentée en recettes par un prélèvement sur le produit des cotisations et des contributions du régime institué par le chapitre 2 du titre VIII du livre III et dont le montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. Cette section spéciale supporte les charges de fonctionnement et les dépenses en capital afférentes à ce régime.

## **Article R251-11**

Le Fonds national de la gestion administrative comporte une section comptable spéciale pour les opérations relatives aux ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses, alimentée en recettes par une fraction des ressources prévues à l'article L. 381-17 déterminée dans les conditions fixées à l'article R. 381-55. Cette section spéciale supporte les charges de fonctionnement et les dépenses en capital afférentes à la section 4 du chapitre 1er du titre VIII du livre III.

## **Article R251-12**

La comptabilité des caisses primaires d'assurance maladie doit permettre de suivre distinctement les opérations correspondant aux différents fonds et sections comptables mentionnés aux articles R. 251-1 et R. 251-2.

## **Article R251-13**

La comptabilité des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail doit permettre de suivre distinctement les opérations afférentes à la gestion administrative, à l'action sanitaire et sociale à la prévention, l'éducation et l'information sanitaires et à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

## **Section 2 : Assurance vieillesse et assurance veuvage**

### **Article R251-14**

La Caisse nationale d'assurance vieillesse gère les fonds ci-après :

- 1°) le Fonds national d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage ;
- 2°) le Fonds national d'action sanitaire et sociale ;
- 3°) le Fonds national de gestion administrative.

### **Article R251-15**

Le Fonds national d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage doit être équilibré en recettes et en dépenses.

Les recettes du fonds sont constituées par :

- 1°) Une fraction du produit des cotisations de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage ;
- 2°) les contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;
- 3°) une fraction des ressources prévues à l'article L. 382-3 et L. 382-4, dont le montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Les dépenses du fonds sont constituées par :

- 1°) les prestations servies aux assurés au titre de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage ;
- 2°) les charges diverses imputables au fonds en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

### **Article R251-16**

Le Fonds national d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage comporte une section comptable spéciale pour les opérations relatives aux artistes auteurs mentionnés à l'article L. 382-1.

### **Article R251-18**

Les recettes du Fonds national d'action sanitaire et sociale sont constituées par :

- 1°) Une fraction du produit des cotisations de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage ;
- 2°) les ressources diverses qui lui sont affectées en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, ainsi que les revenus du fonds de réserve spéciale des anciennes caisses régionales de sécurité sociale.

Ce fonds supporte les dépenses effectuées au titre de l'action sanitaire et sociale.

## **Article R251-19**

Les recettes du fonds national de la gestion administrative sont constituées par une fraction du produit des cotisations de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage.

Ce fonds supporte les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services administratifs de la caisse nationale et de la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg.

## **Article R251-20**

Le fonds national de la gestion administrative comporte une section comptable spéciale pour les opérations relatives aux artistes auteurs mentionnés à l'article L. 382-1, alimentée en recettes par un prélèvement sur le produit des cotisations et des contributions du régime institué par le chapitre 2 du titre VIII du livre III et dont le montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Cette section spéciale supporte les charges de fonctionnement et les dépenses en capital de ce régime.

## **Article R251-21**

Les dépenses et les recettes concernant respectivement le Fonds national de l'action sanitaire et sociale et le Fonds national de la gestion administrative donnent lieu à l'établissement de budgets par la caisse nationale. Celle-ci les communique au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

## **Article R251-22**

La comptabilité de la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg doit permettre de suivre distinctement les opérations afférentes aux prestations de vieillesse et de veuvage, à la gestion administrative et à l'action sanitaire et sociale.

## **Article R251-23**

Le réemploi des disponibilités provenant de l'aliénation d'un élément du patrimoine du fonds de réserve spéciale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, à l'exception de celui de la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg est assuré par le



conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, qui décide des opérations à effectuer pour le placement, soit en valeurs de l'Etat, soit en valeurs jouissant de sa garantie, soit en valeurs mobilières dans les conditions déterminées par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés peut confier aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail la gestion pour son compte de biens immobiliers relevant du fonds de réserve spéciale.

### **Section 3 : Allocations familiales.**

#### **Article R251-24**

La Caisse nationale des allocations familiales gère les fonds ci-après :

- 1°) le Fonds national des prestations familiales qui doit être équilibré en recettes et en dépenses ;
- 2°) le Fonds national de l'action sanitaire et sociale ;
- 3°) le Fonds national de la gestion administrative.

#### **Article R251-25**

Les recettes du Fonds national des prestations familiales sont constituées par :

- 1°) la fraction du produit des cotisations d'allocations familiales qui lui est affectée par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-8 ;
- 2°) la contribution du régime des exploitants agricoles ;
- 3°) les autres contributions prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Les dépenses sont constituées par :

- 1°) les sommes nécessaires au service des prestations familiales ;
- 2°) les charges diverses.

#### **Article R251-26**

Le Fonds national des prestations familiales comporte une section comptable spéciale pour les opérations relatives aux artistes auteurs mentionnés à l'article L. 382-1.

### **Article R251-27**

Les recettes du Fonds national d'action sanitaire et sociale sont constituées par les fractions du produit des cotisations d'allocations familiales versées soit au titre des salariés non mentionnés dans les dispositions réglementaires prises en application de l'article L. 212-1, soit au titre des employeurs et travailleurs indépendants qui lui sont affectées par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-8.

Le fonds supporte les dépenses effectuées au titre de l'action sanitaire et sociale.

### **Article R251-28**

Les recettes du Fonds national de la gestion administrative sont constituées :

1°) par la fraction du produit des cotisations d'allocations familiales versées au titre des salariés non mentionnés dans les dispositions réglementaires prises en application de l'article L. 212-1 ;

et

2°) par la fraction du produit des cotisations d'allocations familiales des employeurs et travailleurs indépendants, qui lui sont affectées par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-8 ;

3°) par la rémunération des coûts de gestion liés à l'application des dispositions du I de l'article R. 20-34 du code des postes et télécommunications.

Ce fonds supporte les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services administratifs de la caisse nationale. Les dépenses comportent également les dotations et, éventuellement, les subventions et avances destinées à couvrir les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services administratifs des caisses d'allocations familiales.

### **Article R251-29**

Le Fonds national de la gestion administrative comporte une section comptable spéciale pour les opérations relatives aux artistes auteurs mentionnés à l'article L. 382-1, alimentée en recettes par un prélèvement sur le produit des cotisations et des contributions du régime institué par le chapitre 2 du titre VIII du livre III et dont le montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. Cette section spéciale supporte les charges de

fonctionnement et les dépenses en capital afférentes à ce régime.

### **Article R251-30**

Les dépenses et les recettes concernant respectivement le Fonds national d'action sanitaire et sociale et le fonds national de la gestion administrative donnent lieu à l'établissement de budgets par la caisse nationale, qui doit les communiquer au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

### **Article R251-31**

La comptabilité des caisses d'allocations familiales doit permettre de suivre distinctement les opérations correspondant aux fonds et sections comptables mentionnés aux articles R. 251-24 et R. 251-29.

## **Section 4 : Dispositions communes.**

### **Article R251-32**

En vue de la couverture des frais de gestion des unions de recouvrement et de ceux de ses propres services, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale gère un fonds national de la gestion administrative.

### **Article R251-33**

Les recettes du Fonds national de la gestion administrative sont constituées par un prélèvement opéré sur les ressources des trois caisses nationales selon les modalités fixées par l'arrêté pris en application de l'article L. 225-6.

Ce fonds supporte les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services administratifs de l'agence centrale, les dotations et, éventuellement, les subventions et avances destinées à couvrir les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services administratifs des unions de recouvrement.

## **Chapitre 2 : Dotations - Budgets - Etats prévisionnels**

## **Section 1 : Organismes d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles**

### **Article R252-1**

La caisse nationale établit pour chaque exercice un état prévisionnel des recettes et des dépenses du Fonds national de l'assurance maladie. Cet état est communiqué au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

En fonction des prévisions ainsi établies, la caisse nationale prend les mesures nécessaires au maintien ou au rétablissement de l'équilibre financier.

### **Article R252-2**

Les avances accordées par la caisse nationale dans les conditions prévues à l'article L. 252-3 doivent être remboursées dans le délai de cinq ans qui suit leur attribution. Elles peuvent être transformées, en tout ou en partie, en subventions sur décision du conseil d'administration de la caisse nationale, lorsque les caisses qui en sont bénéficiaires justifient que des circonstances particulières sont à l'origine de l'augmentation des prestations.

### **Article R252-3**

La caisse nationale établit pour chaque exercice un état prévisionnel des recettes et des dépenses du Fonds national des accidents du travail. Cet état est communiqué au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

### **Article R252-4**

La caisse nationale peut imposer aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail toutes mesures de redressement utiles et notamment l'augmentation de tout ou partie de leurs tarifs lorsqu'il se révèle, soit à la suite d'un contrôle, soit à l'examen des bilans et comptes financiers des caisses primaires de la circonscription, un déséquilibre dans la gestion du risque accidents du travail.

### **Article R252-5**

Les dépenses et les recettes concernant respectivement :

1°) le Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

2°) le Fonds national d'action sanitaire et sociale ;

3°) le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ;

4°) le Fonds national du contrôle médical ;

5°) le Fonds national de la gestion administrative,

donnent lieu à l'établissement de budgets par la caisse nationale. Celle-ci communique ces budgets au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

### **Article R252-6**

Les caisses primaires d'assurance maladie établissent par exercice :

1°) les états prévisionnels de dépenses distincts pour la gestion de l'assurance maladie et pour la gestion de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

2°) des budgets pour l'action sanitaire et sociale, pour la prévention, l'éducation et l'information sanitaires et pour la gestion administrative dans les conditions fixées par les articles L. 153-2, L. 153-4, L. 153-5, R. 122-3 et R. 153-7.

### **Article R252-7**

Lorsque les dépenses afférentes à la gestion de l'assurance maladie ou à celle de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles sont inférieures aux dotations attribuées par la caisse nationale, les excédents sont affectés dans les conditions définies par l'article L. 252-2.

Lorsque les dépenses desdites gestions excèdent le montant des dotations, le déficit est couvert suivant les modalités fixées par l'article L. 252-3.

### **Article R252-8**

La caisse nationale attribuée aux caisses primaires, par imputation sur le fonds national de la gestion administrative, les dotations dont elles doivent disposer pour couvrir leurs dépenses de gestion administrative.

## **Article R252-9**

Si, à la fin d'un exercice, le compte de gestion administrative d'une caisse primaire présente un excédent, ce dernier est affecté pour partie au compte d'action sanitaire et sociale de la caisse intéressée et pour partie au fonds national de la gestion administrative mentionné à l'article R. 251-1, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

## **Article R252-10**

Si, à la fin d'un exercice, le compte de gestion administrative est déficitaire, la caisse nationale de l'assurance maladie, au vu des explications fournies par l'organisme, examine les causes du déficit, arrête les mesures propres à assurer le redressement et fixe le délai dans lequel ces mesures doivent être prises.

En vue de la couverture totale ou partielle du déficit, elle peut soit décider une réduction des ressources affectées à l'action sanitaire et sociale de la caisse considérée, soit accorder une subvention spéciale, soit décider l'amortissement de tout ou partie du déficit sur les budgets de gestion ultérieurs.

La caisse nationale notifie sa décision à la caisse intéressée. En cas de carence, elle peut se substituer au conseil d'administration de la caisse primaire et ordonner la mise en application des mesures qu'elle a prescrites.

## **Article R252-11**

Sous réserve des dispositions des articles R. 251-9, R. 381-32 et R. 712-1, la caisse primaire d'assurance maladie accorde, chaque année, à chacune des sections locales, par prélèvement sur les ressources affectées à sa gestion administrative, une somme comprenant :

1°) une remise au titre des frais de gestion supportés par la section dans l'accomplissement des missions qui lui incombent ;

2°) le cas échéant, une somme déterminée, compte tenu de la qualité de la gestion de celle-ci, et des services rendus aux assurés sociaux appréciés notamment en fonction de la rapidité d'exécution des opérations de règlement des prestations et de l'exactitude des décomptes de prestations.

Les conditions d'utilisation de cette dernière somme sont fixées par les statuts de la caisse primaire d'assurance maladie.

Un arrêté fixe les montants minimum et maximum des remises de gestion qui peuvent être allouées en fonction de la mission qui leur est confiée aux sections locales, aux correspondants locaux ou d'entreprises, ainsi qu'aux groupements mutualistes habilités à jouer le rôle de sections locales ou de correspondants locaux ou d'entreprises ou de centres de paiement.

### **Article R252-12**

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail établissent, par exercice, des budgets :

1°) pour la gestion administrative ;

2°) pour l'action sanitaire et sociale ;

3°) pour la prévention, l'éducation et l'information sanitaires ;

4°) pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les conditions fixées par les articles L. 153-2, L. 153-4, L. 153-5, R. 122-3 et R. 153-7.

### **Article R252-13**

Les dispositions des articles R. 252-8, R. 252-9 et R. 252-10 sont applicables aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.

### **Article R252-14**

Le budget de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles est soumis, préalablement à son exécution, à l'approbation de la caisse nationale de l'assurance maladie.

## **Section 2 : Organismes d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage**

### **Article R252-15**

La Caisse nationale d'assurance vieillesse établit pour chaque exercice un état prévisionnel des recettes et des dépenses du Fonds national d'assurance vieillesse. Cet état est communiqué au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

## **Article R252-16**

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail établissent par exercice, au titre des opérations mentionnées à l'article R. 215-2 :

1°) un état prévisionnel des dépenses de prestations vieillesse ;

2°) un budget d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées dans les conditions fixées par les articles L. 153-2, L. 153-4, L. 153-5, R. 122-3 et R. 153-7 et par le titre VI du présent livre.

D'autre part, elles annexent à leur budget de gestion administrative prévu à l'article R. 252-12 tous états nécessaires à la détermination de la part des dépenses de gestion administrative qui doit être financée respectivement par la Caisse nationale d'assurance vieillesse et par la Caisse nationale de l'assurance maladie. Ces états sont établis dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis des deux caisses nationales précitées.

## **Article R252-17**

Au vu des états mentionnés à l'article R. 252-16, la caisse nationale de l'assurance maladie et la Caisse nationale d'assurance vieillesse arrêtent d'un commun accord le montant des dotations dont doivent disposer les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail pour couvrir leurs dépenses de gestion administrative. Ces dotations sont attribuées par la Caisse nationale de l'assurance maladie aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail. La Caisse nationale d'assurance vieillesse rembourse à la Caisse nationale de l'assurance maladie la fraction des dotations correspondant à la gestion de l'assurance vieillesse par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.

En cas de désaccord entre les deux caisses nationales sur la répartition entre elles des dépenses de gestion administrative des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, la décision est prise par le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R252-18**

Si à la fin d'un exercice le compte de gestion administrative d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail présente un excédent, ce dernier est affecté, dans les conditions fixées par l'arrêté prévu à l'article R. 252-9 pour partie au compte d'action sanitaire et sociale prévu à l'article R. 251-13, pour partie au compte d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées tenu par la caisse intéressée et pour partie à chacun des fonds nationaux de gestion administrative mentionnés respectivement aux articles R. 251-1 et R. 251-14.

## **Article R252-19**



Lorsque la situation financière du compte de gestion administrative des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail justifie, en fin d'exercice, l'application des dispositions fixées par l'article R. 252-10, la décision de la Caisse nationale de l'assurance maladie est prise en accord avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse, en ce qui concerne la part des dépenses qui incombe au fonds national de gestion administrative de la Caisse nationale d'assurance vieillesse. En cas de désaccord entre les deux caisses nationales, la décision est prise par le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R252-20**

La Caisse nationale d'assurance vieillesse alloue aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, sous forme de dotations, les ressources dont elles doivent disposer pour couvrir les dépenses résultant des opérations qu'elles effectuent par application de l'article R. 215-2 et autres que des dépenses de gestion administrative.

## **Article R252-21**

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail doivent adresser à la Caisse nationale d'assurance vieillesse :

1°) annuellement, l'état prévisionnel, le budget d'action sanitaire et sociale et les états prévus à l'article R. 252-16 ainsi qu'un exemplaire de leur budget de gestion administrative ;

2°) mensuellement, un état des dépenses et recettes effectuées au titre des opérations mentionnées à l'article R. 215-2 ;

3°) tous les éléments nécessaires à l'élaboration des statistiques prévues à l'article R. 226-6 ;

4°) un exemplaire des comptes de résultats de la gestion de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage, de l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées et de la gestion administrative.

## **Article R252-22**

Pour l'application de l'article L. 251-7, les dépenses et recettes de la gestion administrative de la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg sont suivies dans le cadre d'un budget annuel.

## **Article R252-23**

Les dépenses d'action sanitaire et sociale propres à la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg sont effectuées dans le cadre d'un budget soumis à l'approbation préalable de la caisse nationale et remboursées par le Fonds national d'action sanitaire et sociale.

### **Section 3 : Organismes de prestations familiales.**

#### **Article R252-24**

La Caisse nationale des allocations familiales établit pour chaque exercice et pour chaque section comptable un état prévisionnel des recettes et des dépenses du fonds national des prestations familiales. Cet état est communiqué au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

#### **Article R252-25**

Les caisses d'allocations familiales établissent par exercice :

1°) un état prévisionnel des dépenses de prestations familiales pour chaque section comptable ;

2°) des budgets pour l'action sanitaire et sociale et pour la gestion administrative dans les conditions fixées par les articles L. 153-2, L. 153-4, L. 153-5, R. 122-3 et R. 153-7.

#### **Article R252-26**

La caisse nationale attribue aux caisses d'allocations familiales, par imputation sur le fonds national de la gestion administrative, les dotations dont elles doivent disposer pour leurs dépenses de gestion administrative.

#### **Article R252-27**

Si, à la fin d'un exercice, le compte de gestion administrative d'une caisse d'allocations familiales présente un excédent, ce dernier est affecté pour partie au compte d'action sanitaire et sociale de la caisse intéressée et pour partie au fonds national de gestion administrative mentionné à l'article R. 251-24, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

## **Article R252-28**

Si, à la fin d'un exercice, le compte de gestion administrative est déficitaire, la Caisse nationale des allocations familiales, au vu des explications fournies par l'organisme, examine les causes du déficit, arrête les mesures propres à assurer le redressement et fixe le délai dans lequel ces mesures doivent être prises.

En vue de la couverture totale ou partielle du déficit, elle peut soit décider une réduction des ressources affectées à l'action sanitaire et sociale de la caisse considérée, soit accorder une subvention spéciale, soit décider l'amortissement de tout ou partie du déficit sur les budgets de gestion ultérieurs.

## **Article R252-29**

Sans préjudice des mesures prévues à l'article L. 271-1, les organismes et services autorisés par les dispositions réglementaires prises en application de l'article L. 212-1, à assumer le service des prestations familiales doivent, aux dates et dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, communiquer à la Caisse nationale des allocations familiales tous les renseignements nécessaires à la centralisation par cet établissement, d'une part, du montant des prestations familiales dont ils assument le service, d'autre part, des cotisations et contributions dues au titre des salariés intéressés.

La Caisse nationale des allocations familiales tient, pour chacun des organismes et services précités, un compte enregistrant, d'une part, la fraction des cotisations et contributions dues par ces organismes et services qui est affectée au fonds national des prestations familiales par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-8 et, d'autre part, les prestations servies par leurs soins. La périodicité et les modalités de règlement du solde de ce compte sont fixées par l'arrêté mentionné au premier alinéa du présent article.

## **Section 4 : Agence centrale des organismes de sécurité sociale et unions de recouvrement.**

### **Article R252-30**

Les dépenses et les recettes concernant le Fonds national de la gestion administrative donnent lieu à l'établissement d'un budget par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale. Celle-ci communique ce budget au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

### **Article R252-31**

Les unions de recouvrement établissent par exercice :

1°) un état prévisionnel des recettes provenant des opérations de recouvrement des cotisations et des majorations de retard ;

2°) un budget de gestion administrative dans les conditions fixées par les articles L. 153-2, L. 153-4, L. 153-5, R. 122-3.

### **Article R252-32**

La comptabilité des unions de recouvrement doit permettre de suivre distinctement les opérations afférentes, d'une part, au recouvrement des cotisations et des majorations de retard et, d'autre part, à la gestion administrative.

### **Article R252-33**

L'agence centrale des organismes de sécurité sociale attribue aux unions de recouvrement, par imputation sur le Fonds national de la gestion administrative, les dotations dont elles doivent disposer pour couvrir leurs dépenses de gestion administrative.

### **Article R252-34**

Si, à la fin d'un exercice, le compte de gestion administrative d'une union de recouvrement présente un excédent, ce dernier est viré au Fonds national de la gestion administrative prévu à l'article R. 251-33.

### **Article R252-35**

Si, à la fin d'un exercice, le compte de gestion administrative est déficitaire, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, au vu des explications fournies par l'union, examine les causes du déficit, arrête les mesures propres à assurer le redressement et fixe le délai dans lequel ces mesures doivent être prises.

En vue de la couverture totale ou partielle du déficit, elle peut soit accorder une subvention spéciale, soit décider l'amortissement de tout ou partie du déficit sur les budgets de gestion ultérieurs.

L'agence centrale notifie sa décision à l'union intéressée.

## **Chapitre 3 : Gestion financière**

### **Article R253-1**

Le délai prévu à l'article L. 253-1 est fixé à huit jours à compter de la mise en demeure adressée à l'union de recouvrement.

L'autorité compétente pour exercer les pouvoirs prévus audit article est le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

### **Article R253-2**

Les opérations financières et comptables exécutées par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, par application des dispositions de l'article R. 215-2 sont régies par le décret prévu à l'article L. 256-2.

## **Section 2 : L'agent comptable**

### **Sous-section 2 : Responsabilité pécuniaire de l'agent comptable**

#### **Paragraphe 3 : Responsabilité en matière de règlement des dépenses.**

### **Article R253-3**

Toute décision de caractère individuel prise en matière de gestion du personnel est communiquée à l'agent comptable qui porte mention de la disponibilité des crédits correspondants et de sa conformité aux autorisations budgétaires.

## **Chapitre 5 : Trésorerie**

### **Article R255-1**

Les états prévisionnels de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de chacune des branches du régime général sont établis chaque année pour l'année suivante par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale. Chaque état présente la situation quotidienne de trésorerie de l'agence ou de la branche considérée. Ces états sont transmis aux caisses nationales gestionnaires des branches avant le 5 décembre de l'année.

Les prévisions de recettes et de dépenses retenues pour l'établissement de ces états prévisionnels de trésorerie sont fondées sur les hypothèses économiques retenues dans le rapport annexé au projet de loi de finances prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 relative aux lois de finances, ainsi que dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale. Elles tiennent compte des effets sur la trésorerie de l'ensemble des mesures législatives et réglementaires alors en vigueur, ainsi que des mesures prévues dans les projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale dans leur rédaction résultant des votes intervenus avant la date mentionnée au premier alinéa ci-dessus.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure un suivi permanent de ces états prévisionnels et actualise périodiquement ses prévisions sur la base des informations dont elle dispose. Les modifications résultant de cette actualisation sont portées à la connaissance des caisses nationales mentionnées au premier alinéa ci-dessus.

## **Article R255-2**

Au vu des états prévisionnels de trésorerie définis à l'article précédent, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale détermine le montant prévisionnel des excédents durables de trésorerie.

Ce montant est celui du plus petit solde prévisionnel quotidien de trésorerie globalement constaté pour l'ensemble des branches dans le cadre de l'exercice annuel, à condition que ce solde soit positif.

Ce montant est réparti par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale entre les branches dont l'état prévisionnel établi dans les conditions prévues à l'article R. 255-1 fait apparaître un solde annuel moyen positif.

Cette répartition est effectuée en fonction de l'importance relative des soldes annuels moyens positifs de chacune des branches bénéficiaires de la répartition.

Le conseil d'administration de chaque caisse nationale décide, à partir des propositions de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et avant le 31 décembre de chaque année pour l'année suivante, du placement, dans les conditions prévues à l'article R. 255-4, de la part des excédents durables qui a été affectée à chacune des branches qu'il gère.

## **Article R255-3**

Si, à une date donnée, la prévision actualisée du solde de trésorerie constaté pour l'ensemble des branches, établie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour le dixième jour ouvré suivant, est inférieure au montant des excédents durables placés, le montant des placements mentionnés à l'article précédent est réduit à due concurrence par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Le nouveau solde minimum de trésorerie ainsi établi se substitue alors jusqu'à la fin de l'année civile au solde minimum établi dans les conditions prévues à l'article R. 255-2.

## **Article R255-4**

Le placement des excédents durables de trésorerie définis à l'article R. 255-2 est effectué par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour le compte des caisses nationales concernées.

Ces placements peuvent être réalisés en valeurs d'Etat, en valeurs garanties par l'Etat ou en valeurs mobilisables dans des conditions déterminées par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'économie.

Les autres disponibilités font l'objet de placements en cours d'année par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions définies par le même arrêté.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale effectue ces placements par l'intermédiaire de la Caisse des dépôts et consignations, qui est en outre chargée de la gestion des valeurs.

## **Article R255-5**

Les conventions conclues en application de l'article L. 225-1-3 fixent notamment les conditions tarifaires du dépôt de trésorerie, les conditions dans lesquelles s'effectuent les tirages, la nature et la périodicité des échanges d'informations entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et l'organisme concerné, ainsi que la durée et les conditions de révision et de dénonciation de la convention. La trésorerie de l'organisme ne peut en aucun cas être négative.

## **Article R255-6**

Le solde comptable de la trésorerie de chacune des branches gérées par les caisses nationales est établi quotidiennement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et communiqué chaque jour à la caisse nationale concernée.

Les soldes comptables journaliers portent intérêt au taux moyen annuel défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Cet arrêté tient compte des conditions effectives de financement supportées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

## **Article R255-7**

Les intérêts créditeurs et débiteurs mentionnés à l'article R. 255-6, la rémunération mentionnée à l'article L. 225-1-3 et les intérêts issus de la gestion de trésorerie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale font l'objet d'inscriptions spécifiques dans les comptes de l'agence, conformément aux dispositions du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale.

En fin d'exercice, le solde de ces opérations est réparti entre les branches selon les mêmes modalités que celles fixées pour les prélèvements mentionnés à l'article L. 225-6. Il constitue un produit financier pour les branches.

## **Article R255-7-1**

Les frais afférents à la gestion du compte unique de disponibilités courantes ouvert au nom de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les écritures de la Caisse des dépôts et consignations sont répartis entre les branches gérées par les caisses nationales selon la clé de répartition utilisée pour l'application de l'article L. 225-6.

### **Article R255-8**

Pour la branche Accidents du travail et maladies professionnelles, les attributions conférées par le présent chapitre au conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont exercées par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles prévue à l'article L. 221-4.

## **Chapitre 6 : Dispositions communes - Dispositions diverses.**

### **Article R256-1**

Sous réserve des dispositions de l'article R. 114-6-1, des dispositions particulières des chapitres Ier, II et VI du présent titre et des dispositions réglementaires prises en application de l'article L. 225-1, les caisses nationales et l'agence centrale sont soumises au régime financier et comptable défini par les articles 14 à 25 du décret n° 53-1227 du 10 décembre 1953 et par les articles 151 à 189 du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962. Toutefois, le compte financier est établi par l'agent comptable, arrêté par le directeur et approuvé lors de la même séance du conseil d'administration que celle qui approuve les comptes annuels et les comptes combinés.

### **Article R256-2**

Des arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixent en tant que de besoin les modalités particulières de fonctionnement financier et comptable des trois caisses nationales et de l'agence centrale.

### **Article R256-6**

Le produit des pénalités ou majorations prévues aux articles R. 243-16 et R. 243-18 est réparti entre les quatre branches gérées par les caisses nationales au prorata des cotisations qui leur sont affectées.

### **Article R256-7**



Le conseil d'administration de chacune des caisses nationales affecte soit au fonds national d'action sanitaire et sociale, soit au fonds national de gestion administrative de cette caisse, les produits du patrimoine de la caisse, ainsi que les intérêts créditeurs, le produit des placements et les majorations prévus respectivement aux articles R. 256-3 à R. 256-6.

### **Article R256-8**

Des régies de recettes et de dépenses peuvent être créées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

### **Article R256-9**

Les organismes de sécurité sociale sont tenus de se faire ouvrir un ou plusieurs comptes externes de disponibilités à la Caisse des dépôts et consignations ou auprès de ses préposés.

Ils peuvent également se faire ouvrir de tels comptes à la Banque de France, dans les banques agréées ainsi que, dans les conditions prévues à l'article 2 du décret n° 63-763 du 25 juillet 1963, chez les comptables du Trésor.

Les modalités d'ouverture et de gestion des comptes externes de disponibilités sont fixées en application de l'article L. 256-2.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget détermine les conditions de fixation du montant maximum de l'encaisse en numéraire. Le même arrêté fixe le plafond des disponibilités qui peuvent être déposées aux comptes mentionnés au deuxième alinéa du présent article.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 1er : Dispositions générales**

###### **Article R261-1**

Le ministre chargé de la sécurité sociale arrête les programmes suivant lesquels s'exerce l'action sanitaire et sociale des caisses primaires et de la Caisse nationale d'assurance maladie, de la Caisse nationale des allocations familiales, des caisses d'allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, des caisses générales de sécurité sociale et des caisses d'allocations familiales des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

En ce qui concerne les caisses primaires d'assurance maladie, le programme ne peut autoriser qu'à titre exceptionnel le financement d'opérations d'investissements.

###### **Article R261-2**

Les programmes prévus aux articles L. 221-1 et L. 262-1 sont arrêtés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

##### **Chapitre 2 : Action sanitaire et sociale dans la branche "maladie"**

###### **Article R262-1**

Le Fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale de l'assurance maladie a pour objet :

1°) l'attribution à chaque caisse primaire d'assurance maladie et à chaque caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'une dotation annuelle destinée à alimenter en recettes le budget d'action sanitaire et sociale de la caisse et calculée dans les conditions prévues par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-1 ;

2°) la couverture des dépenses d'action sanitaire et sociale propres à la caisse nationale. Ces dépenses ont pour objet :

a. l'acquisition, la construction, la prise à bail, l'aménagement et la gestion d'établissements sanitaires et sociaux rentrant dans les catégories définies par le programme mentionné à l'article R. 261-1 et ayant valeur d'exemple ;

b. la création, le développement, la gestion d'institutions, d'oeuvres ou de services d'intérêt national relatifs à la lutte contre la maladie ;

c. l'attribution de subventions ou de prêts aux institutions ou oeuvres à caractère national ;

d. l'attribution de subventions aux services ou institutions chargés de l'enseignement, de l'information et de la documentation sur la sécurité sociale.

## **Article R262-1-1**

Le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires a pour objet :

1°) De couvrir les dépenses de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en matière de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ;

2°) De verser aux agences régionales de santé et, à Saint-Pierre-et-Miquelon, à la caisse générale de sécurité sociale, les crédits destinés à financer des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, dans les conditions prévues par l'article L. 1434-6 du code de la santé publique ;

3°) D'attribuer à chaque caisse primaire d'assurance maladie et à chaque caisse d'assurance retraite et de la santé au travail une dotation annuelle de crédits destinée à alimenter en recettes son budget de prévention, d'éducation et d'information sanitaires.

## **Article R262-2**

Compte tenu de la dotation qui lui est attribuée par la caisse nationale, chaque caisse primaire d'assurance maladie établit annuellement son budget d'action sanitaire et sociale qui est communiqué à la caisse nationale. La caisse nationale peut, en fonction des renseignements recueillis dans l'exercice de son droit d'inspection et dans le cadre de sa mission de coordination, imposer à une caisse primaire de lui soumettre pour approbation son budget d'action sanitaire et sociale de l'année suivante.

Le cas échéant, les budgets rectificatifs établis en cours d'exercice sont soumis à la même procédure.

### **Article R262-2-1**

Compte tenu de la dotation qui lui est attribuée par la Caisse nationale de l'assurance maladie dans les conditions fixées à l'article R. 262-1-1, chaque caisse primaire d'assurance maladie et à chaque caisse d'assurance retraite et de la santé au travail établit son budget de prévention, d'éducation et d'information sanitaires qui est communiqué pour avis à la caisse nationale. Le cas échéant, les budgets rectificatifs établis en cours d'exercice sont soumis à la même procédure.

### **Article R262-3**

Avant le début de chaque exercice, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail préparent un budget d'action sanitaire et sociale qui est transmis à la caisse nationale. La caisse nationale approuve le budget ; dans le cadre de sa mission de coordination, elle peut demander à la caisse d'y apporter des modifications.

Le cas échéant, les budgets rectificatifs établis en cours d'exercice sont soumis à la même procédure.

### **Article R262-4**

Les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail peuvent, au profit de leurs ressortissants et dans le cadre des programmes mentionnés à l'article R. 261-1, soit créer toutes oeuvres ou institutions sanitaires et sociales, soit gérer toutes oeuvres ou institutions de même nature ou participer à leur gestion.

Des accords peuvent intervenir entre plusieurs caisses d'assurance maladie, soit pour créer ou gérer en commun des services, oeuvres ou institutions sanitaires et sociales, soit pour faire bénéficier les ressortissants de certaines d'entre elles des avantages accordés par les oeuvres ou institutions sanitaires et sociales créées par les autres.

### **Article R262-5**

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et, le cas échéant, les caisses primaires d'assurance maladie ne peuvent créer des établissements de santé avec hébergement qu'avec l'autorisation du ministre chargé de la sécurité sociale.

En ce qui concerne les établissements de santé sans hébergement, et dont la création n'est pas soumise à l'autorisation ministérielle préalable en application d'une réglementation particulière, l'autorisation prévue à l'alinéa précédent est donnée par la Caisse nationale de l'assurance maladie. Toutefois, ces établissements ne peuvent entrer en fonctionnement qu'après approbation par le

ministre chargé de la sécurité sociale d'un règlement déterminant les modalités de leur gestion administrative, financière, technique et médicale et sous réserve de respecter la réglementation générale applicable en la matière.

### **Article R262-7**

Les opérations d'acquisition, de construction ou d'aménagement d'immeubles en vue de la réalisation d'établissements de santé des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ou de leurs unions sont soumises à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé.

Les opérations d'acquisition, de construction ou d'aménagement d'immeubles en vue de la réalisation d'établissements sociaux ou médico-sociaux des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail sont soumises à l'autorisation du préfet de département.

Les mêmes opérations sont soumises à l'autorisation de la caisse nationale pour les établissements ou oeuvres des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ou de leurs unions dont le budget est soumis à son approbation en application de l'article L. 153-2.

### **Article R262-8**

Les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail peuvent accorder des prêts ou des subventions à des oeuvres ou institutions sanitaires et sociales qui rentrent dans les catégories définies par les programmes. L'attribution de ces prêts ou subventions est soumise aux règles fixées par l'article 9 du décret n° 68-327 du 5 avril 1968.

### **Article R262-9**

Les caisses primaires d'assurance maladie peuvent servir des prestations supplémentaires à leurs ressortissants dans les conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis de la caisse nationale.

### **Article R262-10**

Les dispositions qui précèdent sont applicables aux oeuvres ou institutions créées ou gérées par des unions ou fédérations de caisses.

## **Article R262-11**

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail organisent le service social pour l'ensemble des caisses primaires d'assurance maladie de leur circonscription.

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail peuvent, à la demande de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, assurer le service social pour les personnes âgées de leur circonscription.

Le chef du service social régional est nommé par le directeur de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

Le service social est assuré, dans chaque secteur géographique, par des assistantes sociales, nommées par le directeur de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail sur la proposition du chef du service social régional, et, le cas échéant, après avis du directeur de la caisse primaire.

Les caisses primaires peuvent disposer d'assistantes sociales en vue d'assurer la liaison, dans chaque secteur territorial, entre le service social régional et la caisse intéressée.

Les assistantes sociales doivent obligatoirement remplir les conditions exigées pour l'exercice de la profession. Le conseil d'administration de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail fixe, sur proposition du chef du service social régional, les règles de fonctionnement du service social dans la région.

## **Chapitre 3 : Action sociale dans la branche "prestations familiales"**

### **Article R263-1**

Le Fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale des allocations familiales a pour objet :

1°) l'attribution à chaque caisse d'allocations familiales d'une dotation annuelle destinée à alimenter en recettes le budget d'action sanitaire et sociale de la caisse et calculée dans les conditions prévues par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-8 ;

2°) l'attribution éventuelle de subventions ou de prêts aux caisses d'allocations familiales à titre de participation supplémentaire à l'exécution de leurs opérations d'investissements portant sur l'action sanitaire et sociale ;

3°) la couverture des dépenses d'action sanitaire et sociale propres à la caisse nationale. Ces dépenses ont pour objet :

a. L'acquisition, la construction, la prise à bail, l'aménagement et la gestion d'établissements intéressant la famille et l'enfance, entrant dans les catégories définies par le programme mentionné à l'article R. 261-1 et ayant valeur d'exemple ;

b. l'attribution de subventions ou de prêts à des institutions ou oeuvres à caractère national ;

c. l'attribution de subventions aux services ou institutions chargés de l'enseignement, de l'information et de la documentation sur la sécurité sociale ;

d. les budgets d'action sanitaire et sociale des caisses d'allocations familiales sont soumis aux mêmes règles que les budgets des caisses primaires d'assurance maladie. Toutefois, les dépenses relatives à des opérations d'investissements font l'objet d'un budget spécial qui est, en outre, obligatoirement soumis à l'approbation de la caisse nationale.

## **Article R263-2**

Les articles R. 262-4 à R. 262-10 sont applicables à l'action sanitaire et sociale des caisses d'allocations familiales.

Dans le cadre de cette action, lesdites caisses peuvent organiser un service social.

Les caisses d'allocations familiales peuvent constituer avec des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, des unions ou fédérations en vue de la création ou de la gestion en commun d'oeuvres ou d'institutions sanitaires et sociales.

## **Chapitre 4 : Action sanitaire et sociale dans la branche "vieillesse"**

### **Article R264-1**

Pour l'exercice de son action sanitaire et sociale, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés dispose d'un fonds d'action sanitaire et sociale qui a pour objet :

1°) l'acquisition, la construction, la prise à bail, l'aménagement ou la gestion de tous établissements sanitaires et sociaux rentrant dans les catégories définies par les programmes mentionnés à l'article R. 261-1 ;

2°) des investissements sous forme de subventions, prêts ou prises de participation dans des réalisations immobilières intéressant l'accueil, le logement et l'hébergement des personnes âgées ;

3°) l'attribution de subventions ou de prêts à des institutions ou oeuvres de caractère national ou

local chargées de recherche, d'information ou de formation de personnel spécialisé, ou d'autres formes de réalisations sociales en faveur des personnes âgées ;

4°) le financement des dépenses renouvelables, directement entraînées par le logement des personnes âgées, notamment dans des immeubles réalisés avec l'aide de la caisse nationale et la prise en charge des dépenses résultant de la mise en oeuvre et du développement de toutes autres formes d'action sociale en faveur des personnes âgées.

Le programme mentionné à l'article R. 261-1 définit les modalités et proportions respectives de ces investissements et financements et énumère les diverses formes d'action sociale que la Caisse nationale d'assurance vieillesse peut entreprendre en faveur des personnes âgées.

## **Article R264-2**

La caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg exerce en faveur des personnes âgées de sa circonscription une action sanitaire et sociale dans le cadre défini à l'article R. 264-1.

Avant le début de chaque exercice, elle transmet à la caisse nationale pour approbation son budget d'action sanitaire et sociale .

La Caisse nationale d'assurance vieillesse peut demander à la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg d'apporter des modifications à son budget.

## **Article R264-3**

La Caisse nationale d'assurance vieillesse peut faire appel au concours des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail pour qu'elles exercent pour son compte une action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées de leur circonscription.

Les projets de budget établis à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail sont transmis à la Caisse nationale d'assurance vieillesse qui peut y apporter toutes modifications.

La Caisse nationale d'assurance vieillesse fixe, pour chaque forme d'action sanitaire et sociale, les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail exécutent les budgets.

## **Chapitre 5 : Dispositions diverses**



## **Article R265-1**

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses d'allocations familiales peuvent, dans le cadre de la réglementation relative à la liaison et à la coordination des services sociaux, conclure des accords soit entre elles, soit avec le service social départemental, soit avec les organismes publics ou privés en vue de coordonner l'action de leurs services sociaux, soit en utilisant les services sociaux à la disposition de ceux-ci, soit en créant un comité de gestion et un secrétariat communs.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses**

#### **Titre 7 : Dispositions diverses**

#### **Chapitre 3 : Surveillance des obligations des employeurs et des bénéficiaires.**

##### **Article R273-1**

L'autorité compétente pour exercer les pouvoirs prévus par l'article L. 273-1 est le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 R281-1**

Les pouvoirs définis à l'article L. 281-2, sont exercés par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Le délai prévu au même article est fixé à huit jours à compter de la mise en demeure restée sans effet du conseil d'administration ou du directeur de l'organisme.

###### **Article R281-2**

L'autorité compétente pour exercer les pouvoirs de suspension, de dissolution ou de révocation prévus à l'article L. 281-3 est le ministre chargé de la sécurité sociale.

###### **Article R281-3**

L'administrateur provisoire mentionné au 1° de l'article L. 281-3 peut être choisi parmi les fonctionnaires en activité.

###### **Article R281-4**

Les statuts et les règlements intérieurs des organismes mentionnés à l'article L. 281-4, ainsi que leurs modifications, sont soumis à l'approbation du responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 qui dispose d'un délai de trente jours à compter de la date de réception pour s'y opposer. Passé ce délai, ces documents sont considérés comme approuvés.

L'approbation initiale des statuts d'un organisme de sécurité sociale est donnée par l'arrêté d'enregistrement dudit organisme.

### **Article R281-6**

L'autorité compétente pour l'exercice des pouvoirs prévus à l'article L. 281-5 est le ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R281-7**

Le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 peut recevoir délégation du ministre chargé de la sécurité sociale en vue d'annuler, en application de l'article L. 151-1, les décisions des conseils d'administration et des directeurs de tous organismes de sécurité sociale non nationaux.

### **Article R281-9**

Pour l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 153-1, les décisions entraînant un dépassement des autorisations résultants du budget primitif et, le cas échéant, du ou des budgets rectificatifs, devront obligatoirement mentionner l'origine des crédits affectés au financement des dépenses nouvelles et indiquer leur incidence éventuelle sur les comptes présentant un caractère limitatif dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

### **Article R281-10**

La période mentionnée au premier alinéa de l'article L. 281-7 est fixée à un an.

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 281-7 est le ministre compétent ou l'autorité déléguée par lui à cette fin.

## **Chapitre 2 : Contrôle sur les organismes nationaux.**

### **Article R282-1**

Les caisses nationales, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'agence centrale sont

soumises au contrôle économique et financier de l'Etat dans les conditions fixées par le décret n° 55-733 du 26 mai 1955 modifié.

## **Article R282-2**

L'autorité compétente pour approuver le règlement intérieur de chaque caisse nationale et de l'agence centrale est le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général**

#### **Titre 1 : Généralités**

#### **Chapitre 1 : Champ d'application des assurances sociales**

##### **Article R311-1**

Le délai, prévu au premier alinéa de l'article L. 311-5, pendant lequel un assuré qui ne remplit pas, après sa reprise d'activité, les conditions d'ouverture du droit à prestations prévues à l'article L. 313-1 continue à bénéficier des droits aux prestations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès acquis auprès du régime obligatoire dont il relevait antérieurement, est fixé à trois mois à compter de la date de cette reprise d'activité.

#### **Chapitre 2 : Affiliation - Immatriculation.**

##### **Article R312-1**

Sauf dispositions législatives ou réglementaires contraires et sous réserve des dispositions du deuxième alinéa ci-dessous, les assurés sociaux relevant du régime général de sécurité sociale sont affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle ils ont leur résidence habituelle.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut apporter à la règle énoncée au premier alinéa ci-dessus des dérogations motivées par la nature de l'activité des assurés, par la résidence hors de France, ou par l'appartenance au régime applicable dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ou par la durée du séjour de personnes âgées dans les établissements mentionnés au 5° de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Dans ce dernier cas, la durée minimale de séjour fixée par l'arrêté ne peut être inférieure à six mois.

##### **Article R312-2**

Pour le paiement de leurs prestations, les assurés sociaux choisissent le service local ayant leur préférence parmi ceux qui sont habilités à cet effet, la caisse d'affiliation étant, en tout état de cause, celle prévue par l'article R. 312-1.

#### **Article R312-4**

L'immatriculation au régime général s'effectue obligatoirement et sous les sanctions prévues aux articles L. 244-1 et suivants à la diligence de l'employeur, dans le délai de huitaine qui suit l'embauchage de toute personne non encore immatriculée et remplissant les conditions prévues aux articles L. 311-2 et suivants.

Elle est opérée par la caisse primaire d'assurance maladie compétente aux termes de l'article R. 312-1. Cette caisse immatricule l'assuré et lui remet une carte individuelle du modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

#### **Article R312-5**

En ce qui concerne les travailleurs mentionnés à l'article L. 311-3, les obligations incombant à l'employeur sont mises :

1°) Dans les cas prévus aux 1°, 2°, 3° et 9° dudit article, à la charge du chef d'établissement ou du chef d'entreprise ;

2°) Dans les cas prévus aux 7° et 8° dudit article, à la charge des personnes ou sociétés qui fournissent les voitures, des exploitations et des concessionnaires ;

3°) Dans les cas prévus au 10° dudit article, à la charge des parents, de l'administration ou de l'oeuvre intéressée ;

4°) Dans les cas prévus au 20° dudit article, à la charge de l'entreprise partie au contrat conclu avec l'intéressé à l'exception de l'obligation de déclaration prévue à l'article R. 312-8 ;

5°) Dans les cas prévus au 25° de cet article, à la charge de la personne morale mentionnée à l'article L. 127-1 du code de commerce.

#### **Article R312-6**

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe le modèle de la déclaration qui incombe à l'employeur ou assimilé par application de l'article R. 312-4.

## **Article R312-7**

L'immatriculation s'effectue à la diligence des assurés lorsqu'ils relèvent d'un employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement dans la métropole.

## **Article R312-8**

Sont tenues d'établir une déclaration conforme au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale les personnes non encore immatriculées qui travaillent, soit pour plusieurs employeurs, soit occasionnellement ou par intermittence pour le compte d'un même employeur lorsqu'elles remplissent les conditions prévues aux articles L. 311-2 et L. 311-3.

Cette déclaration est adressée par les intéressés dans la huitaine qui suit le commencement de leur travail, à la caisse primaire d'assurance maladie compétente aux termes de l'article R. 312-1.

## **Article R312-9**

Les personnes mentionnées à l'article R. 312-8 sont tenues [\*obligation\*] de faire connaître à chacun de leurs employeurs le numéro national d'identification sous lequel elles sont inscrites à un régime obligatoire d'assurance.

## **Article R312-10**

Faute par l'employeur ou par la personne relevant de l'assurance obligatoire d'avoir satisfait aux obligations prévues respectivement par les articles R. 312-4, R. 312-5, R. 312-7 et R. 312-8, l'immatriculation peut être effectuée par la caisse primaire d'assurance maladie, soit de sa propre initiative, soit, suivant le cas, à la requête de l'intéressé lorsque la demande incombe à l'employeur ou à la requête de ce dernier lorsque la demande incombe à l'intéressé.

## **Article R312-11**

Des arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale précisent les conditions dans lesquelles les caisses primaires d'assurance maladie procèdent à l'immatriculation des assurés et à la vérification des renseignements fournis à cet égard, tant par les employeurs que par les salariés.



## **Chapitre 3 : Droit aux prestations (maladie, maternité, congé de paternité, invalidité, décès).**

### **Article R313-1**

Les conditions d'ouverture du droit prévues à l'article L. 313-1 sont appréciées en ce qui concerne :

- 1°) les prestations en nature de l'assurance maladie, à la date des soins ;
- 2°) les prestations en espèces de l'assurance maladie, au jour de l'interruption de travail ;
- 3°) les prestations en nature et en espèces de l'assurance maternité, au début du 9<sup>e</sup> mois avant la date présumée de l'accouchement ou à la date du début du repos prénatal ;
- 4°) Les prestations en espèces de l'assurance maternité servies en cas d'adoption, à la date du début du congé d'adoption ;
- 5° Les prestations en espèces de l'assurance maternité servies en cas de congé de paternité, à la date du début de ce congé ;
- 6°) La prestation de l'assurance décès, à la date du décès.

### **Article R313-2**

Sans préjudice de l'application des articles L. 161-8, R. 613-6 et R. 613-29, les assurés ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité dans les conditions suivantes :

- 1° L'assuré a droit et ouvre droit à ces prestations pendant une année suivant la fin de la période de référence, s'il justifie à cette date :
  - a) Soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant un mois civil ou trente jours consécutifs est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à soixante fois la valeur du salaire minimum de croissance en vigueur au premier jour du mois de référence ;
  - b) Soit avoir effectué au moins soixante heures de travail salarié ou assimilé au cours d'un mois civil ou de trente jours consécutifs ;

c) Soit que le montant des cotisations mentionnées au a et assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant trois mois civils est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 120 fois la valeur du salaire minimum de croissance en vigueur au premier jour des trois mois de référence ;

d) Soit avoir effectué au moins 120 heures de travail salarié ou assimilé pendant trois mois civils ou trois mois de date à date ;

e) Soit que le montant des cotisations mentionnées au a et assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant cette année civile est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 2 030 fois la valeur du salaire minimum de croissance au 1er janvier de l'année de référence ;

f) Soit avoir effectué au moins 1 200 heures de travail salarié ou assimilé au cours de cette même année civile ;

2° 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 exigée pour percevoir les prestations en nature des assurances maladie et maternité est suspendue pendant un délai de trois mois à compter de la date de son entrée dans le régime ; à l'issue de ce délai et pendant une période de trois mois, les assurés nouvellement immatriculés, âgés de moins de vingt-cinq ans, ont droit et ouvrent droit aux prestations précitées dès lors qu'ils justifient, à compter de l'entrée dans le régime :

a) Soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à soixante fois la valeur du salaire minimum de croissance en vigueur au premier jour d'activité ;

b) Soit avoir effectué au moins soixante heures de travail salarié ou assimilé.

Les périodes d'ouverture du droit aux prestations prévues au 1° du présent article s'interrompent dès que les personnes mentionnées à cet alinéa perdent la qualité d'assuré social au titre d'une activité salariée ou assimilée.

### **Article R313-3**

1° Pour avoir droit aux indemnités journalières de l'assurance maladie pendant les six premiers mois d'interruption de travail, aux allocations journalières de maternité et aux indemnités journalières de l'assurance maternité, l'assuré social doit justifier aux dates de référence prévues aux 2° et 3° de l'article R. 313-1 :

a) Soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant les six mois civils précédents est au moins égale au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 1 015 fois la valeur du salaire minimum de croissance au premier jour de la période de référence ;

b) Soit avoir effectué au moins 200 heures de travail salarié ou assimilé au cours des trois mois civils ou des quatre-vingt-dix jours précédents.

L'assuré doit en outre justifier de dix mois d'immatriculation à la date présumée de l'accouchement pour bénéficier des indemnités journalières de l'assurance maternité.

2° Lorsque l'arrêt de travail se prolonge sans interruption au-delà du sixième mois, l'assuré social, pour avoir droit aux indemnités journalières après le sixième mois d'incapacité de travail, doit avoir été immatriculé depuis douze mois au moins à la date de référence prévue au 2° de l'article R. 313-1.

Il doit justifier en outre :

a) Soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant les douze mois civils précédant l'interruption de travail est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 2 030 fois la valeur du salaire minimum de croissance au 1er janvier qui précède immédiatement le début de cette période, dont 1 015 fois au moins la valeur du salaire minimum de croissance au cours des six premiers mois ;

b) Soit qu'il a effectué au moins 800 heures de travail salarié ou assimilé au cours des douze mois civils ou des 365 jours précédant l'interruption de travail, dont 200 heures au moins au cours des trois premiers mois.

### **Article R313-3-1**

En cas de redressement d'assiette sur la base d'une rémunération forfaitaire mis en recouvrement conformément aux dispositions de l'article L. 242-1-2, les conditions d'ouverture des droits du salarié intéressé mentionnées à l'article L. 313-1 sont fixées sur la base d'une fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-1 du code du travail en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé.

### **Article R313-4**

Pour avoir droit à l'indemnité journalière de repos prévue à l'article L. 331-7, l'assuré ou l'assurée doit justifier :

a) Soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations qu'il ou elle a perçues pendant les six mois civils précédant la date d'arrivée de l'enfant au foyer est au moins égale au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égale à 1 015 fois la valeur du salaire minimum de croissance au premier jour de la période de référence ;

b) Soit qu'il ou elle a effectué au moins 200 heures de travail salarié ou assimilé au cours des trois

mois civils ou des trois mois précédant la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

Il ou elle doit, en outre, justifier de dix mois d'immatriculation à la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

Pour permettre le service de l'indemnité journalière de repos, il est remis à l'assuré ou à l'assurée, par le service départemental de l'aide sociale à l'enfance ou par l'oeuvre d'adoption autorisée, une attestation justifiant qu'un enfant lui est confié en vue de son adoption et précisant la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

### **Article R313-5**

Pour invoquer le bénéfice de l'assurance invalidité, l'assuré social doit avoir été immatriculé depuis douze mois au premier jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme. Il doit justifier en outre :

a) Soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant les douze mois civils précédant l'interruption de travail est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 2 030 fois la valeur du salaire minimum de croissance au 1er janvier qui précède la période de référence, dont 1 015 fois au moins la valeur du salaire minimum de croissance au cours des six premiers mois ;

b) Soit qu'il a effectué au moins 800 heures de travail salarié ou assimilé au cours des douze mois civils ou des 365 jours précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme, dont 200 heures au moins au cours des trois premiers mois.

### **Article R313-6**

Pour ouvrir droit à l'assurance décès, l'assuré social doit avoir rempli l'une des conditions énumérées au 1° de l'article R. 313-2.

### **Article R313-7**

Les assurés appartenant aux professions à caractère saisonnier ou discontinu et qui ne remplissent pas les conditions de montant de cotisations ou de durée de travail prévues aux articles R. 313-2 à R. 313-6 ont droit et ouvrent droit aux prestations mentionnées auxdits articles s'ils justifient :

a) Soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations qu'ils ont perçues au cours des douze mois civils est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 2 030 fois la valeur du salaire

minimum de croissance au 1er janvier qui précède immédiatement le début de cette période ;

b) Soit qu'ils ont effectué au moins 800 heures de travail salarié ou assimilé au cours de douze mois civils ou de 365 jours consécutifs.

Ces dispositions s'appliquent également aux assurés occupant des emplois entrant dans le champ des services à la personne définis à l'article L. 7231-1 du code du travail et rémunérés par chèque emploi-service universel conformément au 1° de l'article L. 1271-1 du même code.

## **Article R313-8**

Pour l'ouverture du droit aux prestations prévues par les articles R. 313-2 à R. 313-6 ci-dessus, est considérée comme équivalant à six fois la valeur du salaire minimum de croissance au 1er janvier qui précède immédiatement la période de référence ou à six heures de travail salarié :

1°) chaque journée indemnisée au titre de la maladie, de la maternité, de la paternité ou de l'invalidité ainsi que chaque journée de perception de l'allocation journalière de maternité à l'exclusion des journées indemnisées en application des articles L. 161-8 et L. 311-5 ;

2°) chaque journée d'interruption de travail due à la maladie au titre de laquelle l'assuré n'a pas perçu l'indemnité journalière de l'assurance maladie soit parce qu'elle est comprise dans les trois premiers jours de l'incapacité de travail, à condition que l'arrêt de travail ait donné lieu par la suite à l'attribution d'indemnités journalières, soit parce que l'assuré a épuisé ses droits à indemnisation tels qu'ils sont fixés par les articles L. 323-1 et R. 323-1, à condition que l'incapacité physique de reprendre ou de continuer le travail soit reconnue par le médecin conseil ;

3°) chaque journée d'incapacité temporaire donnant lieu au versement des indemnités journalières au titre de la législation sur les accidents du travail ainsi que chaque journée pendant laquelle l'assuré a perçu, au titre de la même législation, une rente ou allocation correspondant à une incapacité permanente d'au moins 66 2/3 % ;

4°) chaque journée de stage effectuée dans un établissement de rééducation mentionné à l'article R. 481-1 par le titulaire d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail, quel que soit le taux de l'incapacité à laquelle cette rente correspond ;

5°) chaque journée pendant laquelle l'assuré fait l'objet d'une détention provisoire.

Pour l'ouverture du droit aux prestations prévues par les articles R. 313-2 à R. 313-6, chaque journée de perception de l'allocation journalière de présence parentale est considérée comme équivalant à quatre fois la valeur du salaire minimum de croissance au 1er janvier qui précède immédiatement la période de référence ou à quatre heures de travail salarié.

## **Article R313-9**

Pour l'ouverture du droit aux prestations prévues aux articles R. 313-2 à R. 313-6 ci-dessus, est

considérée comme équivalant à huit fois la valeur du salaire minimum de croissance au 1er janvier qui précède immédiatement la période de référence ou à huit heures de travail salarié chaque journée de congé formation pour laquelle le bénéficiaire n'a reçu aucune rémunération de son employeur, le nombre des journées décomptées ne pouvant être supérieur à cinq pour une semaine de stage.

## **Article R313-10**

La détermination du droit aux prestations, en application des dispositions des articles L. 313-1 et L. 341-2, est effectuée au vu de l'attestation prévue à l'article R. 323-10.

Toutefois, en ce qui concerne les prestations en nature, l'attestation ci-dessus mentionnée pourra être remplacée par les pièces prévues à l'article L. 143-3 du code du travail, à condition que ces pièces portent la mention du numéro sous lequel l'employeur effectue le versement des cotisations de sécurité sociale dues pour les travailleurs qu'il emploie, ainsi que du nom et de l'adresse de l'organisme auquel l'employeur verse ces cotisations.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les modalités selon lesquelles l'assuré qui demande le bénéfice des prestations doit justifier qu'à la date à laquelle est survenu le fait ouvrant droit aux prestations il avait la qualité de salarié ou assimilé au sens de la législation sur les assurances sociales.

## **Article R313-12**

La limite d'âge prévue au 2° de l'article L. 313-3 est fixée à seize ans.

La limite d'âge prévue au 3° de l'article L. 313-3 est fixée à dix-huit ans pour les enfants placés en apprentissage dans les conditions déterminées par les articles L. 117-1 à L. 119-5 du code du travail et L. 900-1 et suivants du même code.

La limite d'âge est fixée à vingt ans pour les enfants qui poursuivent leurs études et pour ceux qui sont, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié.

Pour les enfants ayant dû interrompre leurs études pour cause de maladie, la limite d'âge peut être reculée dans les conditions fixées du troisième au sixième alinéa de l'article R. 313-14.

## **Article R313-13**

Le nombre minimum d'enfants mentionnés au 4° de l'article L. 313-3 est de deux, et leur âge limite de quatorze ans.

## **Article R313-14**

Dans le cas prévu par l'article R. 313-15, le versement des prestations peut être obtenu par le tuteur aux allocations familiales sur la présentation, à défaut des documents mentionnés aux premier et deuxième alinéas de l'article R. 313-10, d'une attestation délivrée par la caisse d'allocations familiales et établissant qu'il a perçu lesdites allocations pour le mois écoulé. Cette attestation peut également être considérée comme une justification suffisante lorsque la charge de l'enfant est assumée par le conjoint séparé de droit ou de fait d'un assuré et que ce conjoint déclare n'être pas en mesure de produire les documents mentionnés aux premier et deuxième alinéas de l'article R. 313-10.

Sont réputés conserver la qualité d'ayant droit les enfants qui remplissant les conditions d'âge requises par le 3° de l'article L. 313-3, ont dû interrompre leur apprentissage ou leurs études en raison de leur état de santé.

En outre, les élèves des établissements d'enseignement publics ou privés, âgés de plus de vingt ans, qui ne bénéficient pas, à titre personnel, d'un régime de protection sociale leur garantissant des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, conservent la qualité d'ayant droit de leurs parents jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent leur vingt et unième anniversaire, s'il est justifié qu'ils ont interrompu leurs études pour cause de maladie dans les conditions définies ci-après.

Pour l'application de l'alinéa qui précède, l'année scolaire est réputée commencer le 1er octobre et s'achever le 30 septembre suivant.

L'assuré doit justifier que le retard de la scolarité a été imputable à l'interruption d'études primaires, secondaires ou technologiques et que cette interruption a été causée par une maladie. La preuve peut être rapportée par tous moyens, notamment par la production de deux attestations délivrées, l'une par le médecin de l'hygiène scolaire, l'autre par le chef de l'établissement fréquenté par l'élève au moment où celui-ci atteint son vingtième anniversaire ou en établissant que l'affection, origine de l'interruption, a donné lieu à l'application des prescriptions de l'article L. 324-1 dans des conditions permettant de déterminer la réalité, l'origine et l'effet de l'interruption des études.

Dans tous les cas, le bénéfice du recul de limite d'âge ne peut être accordé qu'après avis du service de contrôle médical.

## **Article R313-15**

En cas de soins dispensés à un enfant d'assuré, la part garantie par les caisses est remboursée au tuteur aux allocations familiales lorsque celui-ci a fait l'avance des frais et à la condition qu'il justifie, d'une part, des dépenses engagées par lui, d'autre part, du fait que l'assuré remplit les conditions d'ouverture du droit aux prestations. Lorsque l'enfant a été confié par décision judiciaire à un établissement, un service ou une personne, ceux-ci ont droit, dans les mêmes conditions, au remboursement des frais engagés.

## **Article R313-16**

Sont également réputées conserver la qualité d'ayant droit les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 313-3 [\*ascendant, descendant, collatéral ou allié\*], qui ont dû cesser de vivre sous le toit de l'assuré pour être hospitalisées en vue de recevoir les soins nécessités par leur état de santé ou qui, par suite de cet état de santé, se sont trouvées tout en continuant à demeurer sous le toit de l'assuré, dans l'obligation de renoncer à se consacrer aux soins du ménage et à l'éducation des enfants.

## **Article R313-17**

L'attestation des journées de chômage indemnisées pour chaque assuré doit être délivrée à celui-ci ou à la caisse de celui-ci par l'organisme qui assure l'indemnisation.

## **Chapitre 5 : Contrôle médical**

### **Article R315-1**

I.-Lorsque le service du contrôle médical procède à l'analyse de l'activité d'un établissement de santé en application du III de l'article L. 315-1, les résultats de cette analyse sont communiqués au directeur de l'établissement concerné ainsi qu'au directeur général de l'agence régionale de santé.

II.-Lorsque le service du contrôle médical vérifie le respect des références professionnelles et des recommandations de bonne pratique mentionnées à l'article L. 162-12-15, il informe de ses conclusions le professionnel concerné ainsi que, le cas échéant, la commission médicale d'établissement mentionnée à l'article L. 714-16 du code de la santé publique, la commission médicale mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 715-8 ou la conférence médicale mentionnée à l'article L. 715-12 du même code, ainsi que le directeur de l'établissement concerné et le directeur général de l'agence régionale de santé.

Les informations couvertes par le secret médical sont communiquées à la commission ou à la conférence médicale concernée ainsi qu'au médecin inspecteur de santé publique à l'échelon départemental et régional (1).

III.-Lorsque, à l'occasion de l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé effectuée en application du IV de l'article L. 315-1, le service du contrôle médical constate le non-respect de dispositions législatives ou réglementaires régissant la prise en charge des frais médicaux au titre des risques maladie, maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, ou de règles de nature législative, réglementaire ou conventionnelle que les professionnels sont tenus



d'appliquer dans leur exercice, les procédures prévues notamment aux articles L. 133-4 et L. 145-1, au 4° du deuxième alinéa de l'article L. 162-9, à l'article L. 162-12-6, au 6° du deuxième alinéa de l'article L. 162-12-9 et aux articles L. 162-12-16 et L. 315-3 sont mises en oeuvre.

Le service du contrôle médical exerce ses missions dans les conditions définies par le présent chapitre et par le chapitre 6 du titre VI du livre Ier.

IV.-Lorsque le service du contrôle médical constate qu'une prescription établie par un professionnel de santé a exclu la possibilité de substitution prévue au deuxième alinéa de l'article L. 512-3 du code de la santé publique, il peut se faire communiquer par ce professionnel, dans le respect des règles de la déontologie médicale, les éléments de toute nature relatifs à cette exclusion ; cette communication est éventuellement suivie de la mise en oeuvre de la procédure prévue à l'article R. 315-1-2.

### **Article R315-1-1**

Lorsque le service du contrôle médical procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé en application du IV de l'article L. 315-1, il peut se faire communiquer, dans le cadre de cette mission, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité.

Dans le respect des règles de la déontologie médicale, il peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné au cours de la période couverte par l'analyse. Il peut, en tant que de besoin, entendre et examiner ces patients. Il en informe au préalable le professionnel, sauf lorsque l'analyse a pour but de démontrer l'existence d'une fraude telle que définie à l'article R. 147-11, d'une fraude en bande organisée telle que définie à l'article R. 147-12 ou de faits relatifs à un trafic de médicaments. Un bilan annuel des cas où le professionnel n'a pas été informé préalablement, incluant les suites données pour chaque cas, est adressé aux conseils nationaux des ordres concernés par chaque caisse nationale.

### **Article R315-1-2**

A l'issue de cette analyse, le service du contrôle médical informe le professionnel concerné de ses conclusions. Lorsque le service du contrôle médical constate le non-respect de règles législatives, réglementaires ou conventionnelles régissant la couverture des prestations à la charge des organismes de sécurité sociale, il en avise la caisse. La caisse notifie au professionnel les griefs retenus à son encontre, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Dans le délai d'un mois qui suit la notification des griefs, l'intéressé peut demander à être entendu par le service du contrôle médical.

### **Article R315-1-3**

Lorsque la caisse décide de suspendre le service d'une prestation en application de l'article L. 315-2, cette suspension prend effet à compter de la date de la notification de la décision à l'assuré par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Cette notification informe l'assuré de la portée de

la décision et des recours dont il dispose.

La caisse informe simultanément de cette décision le médecin auteur de l'acte ou de la prescription en cause et, le cas échéant, le professionnel concerné par l'exécution de la prestation.

## **Article R315-2**

Le contrôle médical constitue un service national. Il est confié à des médecins conseils, chirurgiens-dentistes conseils et pharmaciens conseils.

Pour la direction du service du contrôle médical, le directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie est assisté d'un médecin conseil national et de médecins conseils nationaux adjoints. Des praticiens conseils peuvent se voir confier à l'échelon national certaines attributions ou missions d'ordre technique.

### **Article R315-2-1**

Lorsque le service du contrôle médical estime devoir faire application des dispositions de l'article L. 315-2-1, il procède à l'évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins et traitements dispensés à l'assuré y compris les prescriptions d'arrêt de travail, en tenant compte de tous les éléments recueillis auprès des professionnels de santé les ayant prescrits ou dispensés.

S'il apparaît utile, au cours de cette évaluation, de formuler des recommandations sur les soins et les traitements appropriés, y compris les prescriptions d'arrêts de travail, le service du contrôle médical convoque l'assuré qui peut se faire assister par le médecin de son choix.

Les recommandations doivent être transmises dans le délai d'un mois qui suit la convocation.

L'assuré est informé que ces recommandations ne se substituent pas aux prescriptions médicales et n'interrompent pas les traitements et soins en cours.

## **Article R315-3**

Dans chaque région, le contrôle médical est placé sous la direction d'un médecin conseil régional, assisté d'un médecin conseil régional adjoint, et éventuellement de praticiens conseils auxquels il peut confier certaines attributions ou missions d'ordre technique. Le médecin conseil régional et le médecin conseil régional adjoint remplissent les fonctions de conseiller technique des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail de leur région, notamment en matière d'action sanitaire et sociale. Le médecin conseil régional établit, chaque année, le rapport d'activité du contrôle médical pour la région. Ce rapport est adressé à la caisse nationale, au directeur général de l'agence régionale de santé et au ministre chargé de la sécurité sociale.

Le médecin conseil régional ou le médecin conseil régional adjoint est invité aux séances du conseil d'administration de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail et des commissions ayant reçu délégation de ce conseil, sauf lorsque ces organismes délibèrent sur des problèmes individuels concernant le personnel de direction et sur le statut du personnel.

#### **Article R315-4**

Chaque échelon local du contrôle médical, dont la circonscription est définie par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, est dirigé par un médecin-conseil chef de service. Le praticien conseil chef de service établit, chaque année, un rapport d'activité qu'il adresse au médecin conseil régional pour transmission à la caisse nationale : ce rapport est communiqué à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle fonctionne l'échelon local du contrôle médical. La caisse primaire intéressée peut adresser ses observations éventuelles à la caisse nationale : elle peut également saisir, à tout moment, la caisse nationale de ses observations concernant le fonctionnement de l'échelon local du contrôle médical ; elle les communique au médecin conseil régional. Le praticien conseil chef de service est invité aux séances du conseil d'administration de la caisse primaire d'assurance maladie et des commissions ayant reçu délégation de ce conseil, sauf lorsque ces organismes délibèrent sur des problèmes individuels concernant le personnel de direction et sur le statut du personnel.

#### **Article R315-5**

Le médecin-conseil national est nommé par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Les médecins-conseils nationaux adjoints sont nommés par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis du médecin-conseil national.

Les médecins-conseils régionaux et les médecins-conseils régionaux adjoints sont nommés par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sur proposition du médecin-conseil national. Ils sont choisis après avis du comité des carrières prévu à l'article R. 123-47-6.

Les praticiens-conseils chefs de service et les praticiens-conseils chargés de certaines attributions ou missions d'ordre technique sont nommés par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie sur proposition du médecin-conseil national après avis du médecin-conseil régional intéressé. Ils sont choisis parmi les candidats qui ont fait l'objet d'une inscription sur une liste d'aptitude établie annuellement par le directeur général de la caisse nationale dans des conditions fixées par la convention collective.

Les médecins-conseils, chirurgiens-dentistes-conseils et pharmaciens-conseils reçus aux concours organisés dans les conditions déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale sont nommés par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Le directeur général procède aux changements d'affectation soit sur la demande des intéressés, soit

dans l'intérêt du service. Il peut déléguer ses pouvoirs au médecin-conseil régional pour procéder aux changements d'affectation sur demande des intéressés à l'intérieur d'un échelon régional du service du contrôle médical.

### **Article R315-5-1**

Par dérogation aux dispositions du quatrième alinéa de l'article R. 315-5, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peut nommer aux postes de praticiens-conseils du service du contrôle médical du régime général de sécurité sociale des praticiens-conseils exerçant auparavant dans le service du contrôle médical d'autres régimes de sécurité sociale. Cette nomination tient compte notamment du parcours professionnel des praticiens-conseils concernés.

### **Article R315-6**

Les règles de fonctionnement du service du contrôle médical sont établies par la Caisse nationale de l'assurance maladie après avis du médecin-conseil national.

### **Article R315-7**

Seuls peuvent exercer les fonctions de praticiens-conseils les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens remplissant les conditions respectivement fixées aux articles L. 4111-1 à L. 4111-4, L. 4141-1 à L. 4141-5 et L. 4221-1 à L. 4221-19 du code de la santé publique.

Les praticiens-conseils qui ne possèdent pas la nationalité française ne peuvent être membres des juridictions instituées par les articles L. 145-1 à L. 145-7.

Tout praticien-conseil est tenu d'adresser une déclaration au directeur général de la caisse nationale mentionnant ses liens directs ou indirects avec des entreprises, associations ou institutions à but lucratif bénéficiant de concours financiers de la part d'un organisme de sécurité sociale.

### **Article R315-9**

Le personnel des échelons régionaux et locaux du contrôle médical autre que les praticiens conseils est rattaché à la caisse nationale de l'assurance maladie. Il est placé sous un régime de droit privé défini conformément aux dispositions de l'article L. 226-1.

Toutefois, jusqu'à une date fixée par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, ce personnel est constitué par des agents mis à la disposition de l'échelon régional du contrôle médical par les caisses d'assurance retraite et de la

santé au travail. Il est soumis aux mêmes conditions de travail et de rémunération que le personnel relevant des services administratifs de ces organismes.

Sous l'autorité du directeur de la caisse nationale de l'assurance maladie, le médecin conseil régional fixe l'organisation du travail dans les services de l'échelon régional et des échelons locaux du contrôle médical de sa région, après consultation, selon le cas, du directeur de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou du directeur de la caisse primaire. Le médecin conseil régional a autorité sur le personnel mentionné à l'alinéa précédent. Dans le cadre des dispositions qui régissent ce personnel, il prend toute décision d'ordre individuel que comporte sa gestion.

### **Article R315-10**

Les opérations de recettes et de dépenses afférentes au service national du contrôle médical sont retracées dans un budget établi dans les conditions fixées par les arrêtés mentionnés à l'article R. 256-3 et s'exécutent soit à l'échelon national, soit à l'échelon régional.

En ce qui concerne les opérations intéressant chaque échelon régional, le médecin conseil régional établit les prévisions de dépenses et les fait parvenir à la caisse nationale de l'assurance maladie. Il les communique au conseil d'administration de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail et au ministre chargé de la sécurité sociale.

La caisse nationale de l'assurance maladie arrête le budget du service national du contrôle médical. Elle notifie à chaque médecin conseil régional les crédits mis à sa disposition.

### **Article R315-11**

Les opérations financières et comptables des échelons régionaux du contrôle médical sont exécutées par le médecin conseil régional, ordonnateur secondaire, et l'agent comptable de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail qui agit alors pour le compte et sous l'autorité de l'agent comptable de la caisse nationale de l'assurance maladie.

### **Article R315-12**

Les opérations comptables afférentes au contrôle médical et réalisées à l'échelon régional sont incorporées périodiquement dans les écritures de la caisse nationale de l'assurance maladie.

### **Article R315-13**

Des régies de dépenses, et éventuellement de recettes, pourront être créées auprès des échelons locaux du contrôle médical par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du

ministre chargé du budget.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 R321-2**

En cas d'interruption de travail, l'assuré doit envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie, dans les deux jours suivant la date d'interruption de travail, et sous peine de sanctions fixées conformément à l'article L. 321-2, une lettre d'avis d'interruption de travail indiquant, d'après les prescriptions du médecin, la durée probable de l'incapacité de travail.

En cas de prolongation de l'arrêt de travail initial, la même formalité doit, sous peine des mêmes sanctions, être observée dans les deux jours suivant la prescription de prolongation.

L'arrêté mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 321-2 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

###### **Article R321-4**

Les prestations de l'assurance maladie dues à l'occasion du séjour d'assurés sociaux ou de leurs ayants droit dans les sanatoriums, les préventoriiums, les aériums, les établissements affectés au traitement de la tuberculose extra-pulmonaire, les hôtels de cure, les établissements psychiatriques, les établissements de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle, les établissements pour enfants inadaptés et les maisons d'enfants à caractère sanitaire sont servies, quelle que soit la durée de ce séjour, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle se trouve l'établissement.

###### **Article R321-5**

L'examen de santé gratuit prévu par l'article L. 321-3 doit être pratiqué à certaines périodes de la vie, déterminées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la

santé.

Ledit arrêté fixe également la nature de cet examen et les modalités selon lesquelles il est effectué, compte tenu des examens médicaux auxquels les intéressés sont tenus de se soumettre en application de dispositions légales ou réglementaires autres que celles relatives aux assurances sociales et des examens préventifs auxquels ils se soumettent volontairement.

Les caisses de sécurité sociale prennent toutes mesures de coordination destinées à éviter que les intéressés ne subissent plusieurs fois des examens de santé identiques aux mêmes périodes de la vie.

## **Chapitre 2 : Prestations en nature**

### **Section 1 : Participation de l'assuré.**

#### **Sous-section 1 : Montant de la participation de l'assuré.**

##### **Article R322-1**

La participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 est fixée par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans les limites suivantes :

1° De 15 à 25 % pour les frais d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé ainsi que les frais d'examens de biologie médicale afférents à des soins dispensés dans les mêmes conditions ;

2° De 15 à 25 % du tarif de responsabilité de la caisse pour les frais d'hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé ;

3° De 25 à 35 % pour les frais d'honoraires des praticiens, sauf pour ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus ;

4° De 35 à 45 % pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux, sauf pour ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus ;

5° De 35 à 45 % pour les frais d'examens de biologie médicale, sauf pour ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus ;

6° De 70 à 75 % pour les médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et pour les médicaments dont le service médical rendu, tel que défini au I de l'article R. 163-3, a été classé comme modéré en application du 6° de l'article R. 163-18 ;

7° De 70 à 75 % pour les spécialités homéopathiques, dès lors qu'elles sont inscrites sur la liste établie en application du premier alinéa de l'article L. 162-17 et pour les préparations



homéopathiques répondant aux conditions définies au 11° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique prises en charge par l'assurance maladie ;

8° de 40 à 50 % pour les frais de produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 ;

9° de 30 à 40 % pour les frais de transport prévus au 2° de l'article L. 321-1 ;

10° de 30 à 40 % pour les frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal ;

11° de 30 à 40 % pour tous les autres frais ;

12° De 15 à 25 % pour les forfaits mentionnés aux 2°, 4° et 5° de l'article R. 162-32 ;

13° De 15 à 25 % pour les consultations et les actes mentionnés au 3° de l'article R. 162-32-1 facturés en sus des forfaits mentionnés au 12° ;

14° De 80 à 90 % pour les médicaments dont le service médical rendu, tel que défini au I de l'article R. 163-3, a été classé comme faible, dans toutes les indications thérapeutiques, en application du 6° de l'article R. 163-18.

### **Article R322-1-1**

En application du cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3, la participation de l'assuré ou de l'ayant droit peut être majorée, pour les actes et consultations réalisés par des médecins, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de 37,5 % à 42,5 % du tarif servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie.

Les assurés et leurs ayants droit dont la participation est réduite ou supprimée en application de l'article L. 322-3 supportent cette majoration.

La majoration ne peut dépasser un montant égal au produit de la rémunération applicable aux consultations de cabinet des médecins spécialistes pratiquant des honoraires opposables telle que fixée par le convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-14-2 multiplié par le taux retenu par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en vertu des deux alinéas précédents.

Dans le cas d'une hospitalisation, la participation de l'assuré pour l'ensemble des frais d'honoraires et d'hospitalisation est majorée du montant défini à l'alinéa précédent.

Outre les cas d'exonérations prévus pour l'application du cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3, cette majoration n'est pas due lorsque l'assuré ou l'ayant droit est dans l'une des situations suivantes :

1° Lorsqu'il est éloigné de son lieu de résidence habituelle ;

2° Lorsqu'il recourt à un médecin parce qu'il est confronté à une situation non prévue plus de huit heures auparavant pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et nécessitant l'intervention rapide du médecin.

### **Article R322-1-2**

Dans le cas des préparations magistrales incluant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques déconditionnées, et dès lors que ce déconditionnement est autorisé conformément aux dispositions de l'article R. 5132-8 du code de la santé publique, le taux de participation de l'assuré est égal au plus faible de ceux applicables à ces spécialités.

## **Article R322-2**

La participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 est supprimée pour certains médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux, figurant sur une liste établie par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale, après avis de la commission instituée par l'article R. 163-15 ainsi que pour les frais d'examens de biologie médicale relatifs au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et par le virus de l'hépatite C. Il n'y a pas non plus de participation de l'assuré pour les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique au titre du III de l'article R. 5104-109 du même code et pour ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée au a de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique.

La participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 est également supprimée pour les frais d'examens de dépistage sous réserve que ces examens soient effectués dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique.

La participation de l'assuré en ce qui concerne les frais de transport n'est pas due lorsque l'état du bénéficiaire hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement d'hospitalisation en vue d'un traitement mieux adapté à cet état. Toutefois, cette disposition dérogatoire n'est pas applicable aux transports vers une maison de repos ou de convalescence, présentant les caractéristiques techniques définies à l'article premier de l'annexe XIX du décret n° 56-284 du 9 mars 1956.

## **Article R322-3**

Pour les assurés titulaires, au titre d'un avantage de vieillesse, de l'allocation supplémentaire prévue à l'article L. 815-2, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées instituée par l'article L. 815-1, les taux prévus pour les frais et les médicaments mentionnés aux 4°, 5°, 6° et 7° de l'article R. 322-1 ci-dessus sont limités à 20 % sauf en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques. En matière de frais de de transport, ces assurés sont exonérés de toute participation.

## **Article R322-4**

Les pensionnés ou rentiers mentionnés aux articles L. 311-10, L. 313-4 et L. 341-16 sont exonérés de la participation prévue au I de l'article L. 322-2 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes.

Les rentiers mentionnés à l'article L. 371-1 sont exonérés de la participation prévue au I de l'article L. 322-2 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit.

Les titulaires d'une pension de réversion qui se trouvent atteints entre cinquante-cinq et l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 d'une invalidité permanente satisfaisant aux conditions exigées pour ouvrir droit à une pension d'invalidité sont également exonérés de la participation prévue au I de l'article L. 322-2, en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes.

### **Article R322-5**

La participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 est supprimée lorsque le malade est dans l'un des cas prévus au 3° ou au 4° de l'article L. 322-3, pour les actes, prestations et traitements inscrits sur le protocole de soins prévu à l'article L. 324-1.

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, de la caisse de base du régime social des indépendants ou de la caisse de mutualité sociale agricole prend la décision prononçant la suppression de cette participation après avis du service du contrôle médical. Elle est valable pour une durée égale à celle indiquée sur le protocole de soins.

La décision d'exonération peut être renouvelée dans les mêmes conditions à l'expiration de cette période si le malade est toujours reconnu atteint d'une ou des affections mentionnées au 3° ou au 4° de l'article L. 322-3. Cette décision est valable pour la durée indiquée sur le protocole renouvelé.

A défaut de durée mentionnée sur le protocole, la décision indique sa propre durée.

Lorsqu'un assuré change d'organisme gestionnaire au cours de la période de validité du protocole de soins, ce changement est sans incidence sur la durée pendant laquelle il bénéficie de la suppression de sa participation.

### **Article R322-6**

L'existence d'une affection donnant droit à la suppression de la participation de l'assuré au titre du 4° de l'article L. 322-3 est reconnue lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement réunies :

- a) Le malade est atteint soit d'une forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave, ne figurant pas sur la liste mentionnée au 3° de l'article L. 322-3, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;
- b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement d'une durée prévisible supérieure à six mois et particulièrement coûteux en raison du coût ou de la fréquence des actes, prestations et traitements.

### **Article R322-7**

La décision statuant sur la suppression de la participation de l'assuré est notifiée à ce dernier. La notification a lieu par lettre recommandée avec demande d'avis de réception toutes les fois qu'il s'agit d'une décision de refus. Dans le cas où le bénéfice de la suppression est demandé par l'assuré, la caisse est tenue de répondre dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de la

demande. Le défaut de réponse dans ce délai vaut décision de rejet et ouvre droit au recours de l'assuré.

Les contestations relatives à l'application des articles R. 322-5 et R. 322-6 ci-dessus donnent lieu, lorsqu'elles portent sur l'appréciation portée par le médecin conseil, à expertise médicale dans les conditions prévues par le chapitre 1er du titre IV du livre Ier.

### **Article R322-7-1**

La participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 est supprimée, dans le cas énoncé au 10° de l'article L. 322-3, lorsque ce dernier, ayant été atteint d'une affection figurant sur la liste mentionnée au 3° de cet article, se trouve dans un état de santé qui, au regard des recommandations de la Haute Autorité de santé, ne requiert plus aucun traitement, mais un suivi clinique et paraclinique régulier.

### **Article R322-7-2**

Lorsque l'assuré se trouve dans la situation mentionnée à l'article précédent, sa participation est supprimée pour le suivi de l'affection au titre de laquelle il s'était vu reconnaître le bénéfice du 3° de l'article L. 322-3, sur la demande de son médecin traitant. Cette demande est établie sur l'ordonnance mentionnée à l'article R. 161-45 et adressée au service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie. La demande précise l'affection au titre de laquelle l'assuré bénéficiait de l'exonération prévue au 3° de l'article L. 322-3.

Le service médical informe le directeur de l'organisme local d'assurance maladie qui notifie à l'assuré la décision de suppression de sa participation. En cas de refus, la notification a lieu par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Lorsqu'un assuré change d'organisme gestionnaire au cours de la période pendant laquelle il bénéficie de la suppression de sa participation prévue au R. 322-7-1, ce changement est sans incidence sur la durée pendant laquelle il bénéficie de cette suppression.

### **Article R322-8**

Pour l'application des 1° et 2° de l'article L. 322-3 :

I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie est réduite à 18 euros dans les cas suivants :

1. Pour les actes inscrits sur la liste mentionnée à l'article R. 162-52 qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 60, soit d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros.
2. Pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros.
3. Pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées au 2 et en lien direct avec elle.

Dans les cas mentionnés aux 2 et 3 ci-dessus, la participation de l'assuré est due au titre des frais d'hospitalisation.

Dans le cas mentionné au 1 ci-dessus, lorsqu'au cours d'une même consultation sont réalisés par un même praticien et pour un même patient plusieurs actes affectés soit d'un coefficient égal du supérieur à 60, soit d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros, la participation de l'assuré pour l'ensemble de ces actes est réduite au montant défini au premier alinéa du présent I.

Pour l'application de ces dispositions, les coefficients ou les tarifs des actes peuvent se cumuler lorsque ces actes sont réalisés dans le même temps, par le même praticien et pour le même patient. Les conditions d'application de ces dispositions sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Lorsque le cumul concerne un acte affecté d'un coefficient et un acte affecté d'un tarif, la participation de l'assuré est égale au montant défini au premier alinéa du présent I lorsque le montant en euros résultant de ce cumul est égal ou supérieur à 120 euros.

II.-La participation de l'assuré est supprimée :

1. Pour les actes de radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie, de scintigraphie ou de tomographie à émission de positons mentionnés dans la liste des actes et prestations pris en charge ou admis au remboursement par l'assurance maladie prévue à l'article R. 162-52 qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 60, soit d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros ; cette suppression ne dispense pas du versement du montant de la participation due par l'assuré au titre des autres actes pratiqués à l'occasion de la consultation ou des frais intervenus au cours de l'hospitalisation.

2. Pour les frais de transport d'urgence entre le lieu de prise en charge de la personne et l'établissement de santé, en cas d'hospitalisation mentionnée au 2 du I ainsi que, en cas d'hospitalisation mentionnée au 3, pour les frais de transport entre les deux établissements ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile.

Pour l'application des dispositions du 1 ci-dessus, les coefficients ou tarifs de chacun des actes mentionnés ne peuvent être cumulés.

III.-Le tarif ouvrant droit à réduction est revalorisé chaque année conformément à l'évolution du tarif moyen pondéré afférent aux actes de la classification commune des actes médicaux constaté par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à la fin de l'année précédente.

IV.-La participation de l'assuré n'est ni réduite ni supprimée pour les frais de prothèses dentaires, d'exams de biologie médicale et d'actes d'anatomo-cyto-pathologie sauf si ces actes sont dispensés dans le cadre d'une hospitalisation prévue aux 2 ou 3 du I ci-dessus.

V.-La participation de l'assuré est supprimée dans les cas suivants :

1. Pour les frais d'acquisition des prothèses oculaires et faciales, des orthoprothèses et des véhicules pour handicapés physiques figurant sur la liste prévue par l'article L. 165-1.

2. Pour les frais afférents à la fourniture du sang humain, du plasma ou de leurs dérivés et de la fourniture du lait humain.

3. Pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation à compter du trente et unième jour d'hospitalisation consécutif.

## **Article R322-9**

I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie est supprimée, par application de l'article L. 322-3 :

1° Pour l'hospitalisation des nouveau-nés, lorsqu'elle se produit dans les trente jours qui suivent la naissance, ainsi que pour les soins de toute nature qui leur sont dispensés dans un établissement de santé au cours de la période de trente jours qui suit la naissance ;

2° Pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle. La décision de la caisse d'assurance maladie prononçant la suppression de la participation est prise sur avis conforme du contrôle médical ; à défaut d'entente entre le médecin-conseil et le médecin traitant sur les prestations devant bénéficier de la dispense de participation, il est fait appel à un expert dans les conditions prises en application de l'article L. 324-1. La décision de la caisse fixe la durée de la période d'exonération.

Lorsqu'un assuré change d'organisme gestionnaire au cours de la période d'exonération, ce changement est sans incidence sur la durée pendant laquelle il bénéficie de cette exonération ;

3° Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, pour les frais d'exams et de traitement prescrits en vue du prélèvement d'éléments ou de la collecte de produits du corps humain, y compris des gamètes, les frais d'hospitalisation ainsi que les frais de suivi et de soins dispensés au donneur en raison du prélèvement ou de la collecte dont il a fait l'objet.

II.-La participation de l'assuré est également supprimée, dans les conditions définies ci-après, pour les soins consécutifs aux sévices sexuels 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, à compter de la date présumée de commission des faits.

Saisie d'une demande de l'assuré, de la victime, de son médecin ou de son représentant légal, ou lorsqu'une enquête de police judiciaire, une instruction préparatoire ou une mesure d'assistance éducative prévue à l'article 375 du code civil a été engagée, la caisse d'assurance maladie sollicite l'avis du contrôle médical sur le principe et la durée de l'exonération prévue à l'alinéa précédent. Le contrôle médical se prononce sur la base des éléments communiqués par le médecin traitant et, le cas échéant, de l'expertise médico-psychologique mentionnée à l'article 706-48 du code pénal (1).

L'exonération est fixée pour la durée du traitement, si nécessaire au-delà de la majorité de la victime, et peut être prolongée dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

Lorsqu'un assuré change d'organisme gestionnaire au cours de la période d'exonération, ce changement est sans incidence sur la durée pendant laquelle il bénéficie de cette exonération.

## **Article R322-9-1**

Par dérogation aux articles R. 322-4, R. 322-8 et au I de l'article R. 322-9, les assurés sociaux mentionnés à ces articles supportent la participation prévue au 6° et au 14° de l'article R. 322-1.

## **Article R322-9-2**

Le montant de la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 322-2 ne peut excéder 1

euro.

### **Article R322-9-3**

La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 322-2 n'est pas exigée au titre des ayants droit qui n'ont pas atteint l'âge de dix-huit ans au 1er janvier de l'année civile considérée.

## **Sous-section 2 : Procédure de fixation de la participation de l'assuré**

### **Article R322-9-4**

Avant toute décision prise en application du deuxième alinéa du I de l'article L. 322-2, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie saisit l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et l'Union nationale des professionnels de santé qui disposent d'un délai de trente jours pour rendre leur avis. A l'expiration de ce délai, les avis de ces organismes sont réputés rendus. La décision du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, accompagnée des avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et de l'Union nationale des professionnels de santé, est transmise au ministre chargé de la santé.

Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique dans un délai de trente jours à compter de la date de réception de ladite décision. En cas d'opposition, le ministre en informe l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et l'Union nationale des professionnels de santé. La décision du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est réputée approuvée à l'expiration de ce délai. Elle est publiée au Journal officiel de la République française.

Dans le cas où, dans un délai de deux mois à compter de l'entrée en vigueur d'un décret fixant des limites de taux de participation de l'assuré mentionnées à l'article R. 322-1, le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie n'a pas fixé le taux de la participation de l'assuré, le taux applicable est fixé, à l'intérieur de ces limites, par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale publié au Journal officiel de la République française.

## **Section 2 : Frais de transport**

### **Sous-section 1 : Remboursement**

#### **Article R322-10**

Sont pris en charge les frais de transport de l'assuré ou de l'ayant droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer :

1° Pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à son état dans les cas suivants :

- a) Transports liés à une hospitalisation ;
- b) Transports liés aux traitements ou examens prescrits en application de l'article L. 324-1 pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée et présentant l'une des déficiences ou incapacités définies par le référentiel de prescription mentionné à l'article R. 322-10-1 ;
- c) Transports par ambulance justifiés par l'état du malade dans les conditions prévues par l'arrêté mentionné à l'article R. 322-10-1 ;
- d) Transports en un lieu distant de plus de 150 kilomètres dans les conditions prévues aux articles R. 322-10-4 et R. 322-10-5 ;
- e) Transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres.

2° Pour se soumettre à un contrôle en application de la législation de la sécurité sociale dans les cas suivants :

- a) Pour se rendre chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils mentionnés aux chapitres 5,6 et 7 du titre II de la liste des produits et prestations établie en application de l'arrêté prévu à l'article R. 165-1 ;
- b) Pour répondre à une convocation du contrôle médical ;
- c) Pour répondre à la convocation d'un médecin expert désigné par une juridiction du contentieux de l'incapacité mentionnée à l'article R. 143-34 ;
- d) Pour se rendre à la consultation d'un expert désigné en application de l'article R. 141-1.

### **Article R322-10-1**

Les transports pris en charge par l'assurance maladie peuvent être assurés par les moyens suivants :

1° L'ambulance ;

2° Le transport assis professionnalisé, véhicule sanitaire léger et taxi ;

3° Les transports en commun terrestres, l'avion ou le bateau de ligne régulière, les moyens de transport individuels.

Un référentiel de prescription arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale précise les situations dans lesquelles l'état du malade justifie respectivement la prescription des modes de transport prévus au présent article en fonction de l'importance des déficiences et incapacités et de leurs incidences.



## **Article R322-10-2**

La prise en charge des frais de transport est subordonnée à la présentation par l'assuré de la prescription médicale de transport ainsi que d'une facture délivrée par le transporteur ou d'un justificatif de transport. La prescription indique le motif du transport et le mode de transport retenu en application des règles de prise en charge mentionnées au premier alinéa de l'article L. 322-5.

En cas d'urgence, la prescription médicale peut être établie a posteriori.

Dans les cas mentionnés au 2° de l'article R. 322-10, la convocation vaut prescription médicale. Le moyen de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire doit être indiqué dans la convocation par :

- a) Le médecin-conseil ou le médecin prescripteur de l'appareil si l'assuré se rend chez un fournisseur d'appareillage dans le cas mentionné au a ;
- b) Le médecin-conseil dans les cas mentionnés au b ;
- c) Le médecin expert désigné par la juridiction du contentieux de l'incapacité dans les cas mentionnés au c ;
- d) Le médecin expert dans les cas mentionnés au d.

## **Article R322-10-3**

Lorsque la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soins ne dépasse pas 150 kilomètres, les frais de transport mentionnés au a du 1° de l'article R. 322-10 sont pris en charge sur la base de la distance parcourue.

## **Article R322-10-4**

Est, sauf urgence attestée par le médecin prescripteur, subordonnée à l'accord préalable de l'organisme qui sert les prestations après avis du contrôle médical la prise en charge des frais de transport :

- a) Exposés sur une distance excédant 150 kilomètres ;
- b) Mentionnés au e du 1° de l'article R. 322-10 ;
- c) Par avion et par bateau de ligne régulière.

Dans le cas prévu au a le contrôle médical vérifie notamment que les soins ne peuvent être dispensés dans une structure de soins située à une distance n'excédant pas 150 kilomètres.

L'absence de réponse dans un délai de quinze jours à compter de l'expédition de la demande vaut accord préalable.

### **Article R322-10-5**

Le remboursement des frais de transport mentionnés aux b à e du 1° de l'article R. 322-10 est calculé sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soins prescrite appropriée la plus proche.

### **Article R322-10-6**

Les modèles de prescription, d'accord préalable et de facture sont conformes aux modèles types fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

### **Article R322-10-7**

Sont pris en charge, dans les conditions fixées par la présente section, les frais de transport en commun exposés par une personne accompagnant un assuré ou un ayant droit, lorsque l'état de ce dernier nécessite l'assistance d'un tiers ou qu'il est âgé de moins de seize ans.

## **Sous-section 2 : Régulation des prescriptions dans les établissements de santé remboursés sur l'enveloppe de soins de ville**

### **Article R322-11**

Le taux prévisionnel d'évolution mentionné au premier alinéa de l'article L. 322-5-5 est fixé, pour chaque année, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris sur recommandation du conseil de l'hospitalisation et publié au plus tard le 31 décembre de l'année précédente.

### **Article R322-11-1**

L'agence régionale de santé, en lien avec la caisse mentionnée aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1 ou la caisse mentionnée à l'article 3 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, assure le suivi des dépenses de transports résultant des prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein de chaque établissement de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville.

Si l'évolution des dépenses occasionnées par les prescriptions dans un établissement fait apparaître, en cours d'année, un risque sérieux de dépassement du taux prévisionnel d'évolution, l'agence régionale de santé en avertit l'établissement et recherche, avec lui, par quelles mesures immédiates d'amélioration des pratiques de prescription la progression des dépenses peut être contenue.

L'agence régionale de santé établit chaque année conjointement avec la caisse mentionnée au premier alinéa, pour chaque établissement, le bilan des prescriptions de transports occasionnant des dépenses remboursées sur l'enveloppe de soins de ville et le lui communique avant le 1er avril de l'année suivant l'exercice concerné.

## **Article R322-11-2**

Si le bilan des prescriptions établi conjointement par l'agence régionale de santé et la caisse mentionnée à l'article R. 322-11-1 fait apparaître que la progression annuelle des dépenses est supérieure au taux prévisionnel et que le 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, le directeur général de l'agence régionale de santé peut proposer à l'établissement de santé de conclure avec l'agence et la caisse, pour une durée de trois ans, un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports.

En ce cas, après avis de la caisse, il soumet à l'établissement, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, une proposition de contrat. Si l'établissement n'a pas conclu de contrat un mois après la réception de la proposition, le directeur général de l'agence régionale de santé lui adresse, dans les mêmes formes, une notification mentionnant la pénalité qu'il encourt et l'informant qu'il dispose d'un nouveau délai d'un mois à compter de la réception pour conclure un contrat ou, s'il le refuse, pour demander à être entendu ou présenter ses observations écrites.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'établissement de verser à la caisse mentionnée à l'article R. 322-11-1 une fraction des dépenses de transports occasionnées pendant l'année écoulée par les prescriptions des médecins qui y exercent et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, qui ne peut excéder 10 %. Cette fraction est déterminée en fonction de l'ampleur du dépassement du taux prévisionnel d'évolution des dépenses et compte tenu de l'importance des pratiques de prescription non conformes à l'exigence mentionnée ci-dessus.

Le délai au terme duquel la sanction peut être prononcée est prolongé jusqu'à l'audition de l'établissement si elle a été demandée avant l'expiration de ce délai.

Quand, compte tenu des explications de l'établissement relatives notamment à son activité et aux caractéristiques sanitaires de ses patients, le directeur général de l'agence régionale de santé décide de ne pas prononcer de pénalité, il en informe celui-ci sans délai.

La décision enjoignant le versement mentionne le délai d'un mois à compter de sa notification pour s'acquitter de la somme. Le directeur général de l'agence régionale de santé informe simultanément

de cette décision la caisse mentionnée à l'article R. 322-11-1, chargée du recouvrement.

### **Article R322-11-3**

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, établi conformément à un contrat type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique, comporte notamment :

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses faisant l'objet du contrat. Cet objectif est fixé par les signataires de chaque contrat lors de sa conclusion et actualisé par un avenant annuel proposé et approuvé dans les mêmes formes que le contrat. L'absence d'approbation de l'avenant expose l'établissement aux mêmes pénalités que l'absence de conclusion du contrat. L'objectif annuel est déterminé de manière à rapprocher progressivement l'évolution des dépenses du taux mentionné à l'article R. 322-11, en tenant compte de l'évolution passée des prescriptions de l'établissement, de son activité, des caractéristiques sanitaires de ses patients et des conditions locales de la coordination des soins ;

2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières au titre duquel le contrat peut prévoir des actions de sensibilisation des prescripteurs, la diffusion de règles, de référentiels et de procédures de prescription, en particulier afin d'assurer le respect de l'obligation de mentionner sur chaque ordonnance le numéro du prescripteur au répertoire partagé des professionnels de santé, et des mesures d'amélioration de l'organisation interne de l'établissement.

### **Article R322-11-4**

Au terme de chaque année d'application du contrat, l'agence régionale de santé, conjointement avec la caisse mentionnée à l'article R. 322-11-1, procède à une évaluation.

Si cette évaluation fait apparaître que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses faisant l'objet du contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé lui adresse, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, une notification mentionnant la pénalité qu'il encourt et l'informant qu'il dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception pour demander à être entendu ou présenter ses observations écrites.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'établissement de verser à la caisse mentionnée à l'article R. 322-11-1 une fraction des dépenses de transports résultant pendant l'année écoulée des prescriptions des médecins qui y exercent et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, dans la limite du dépassement de l'objectif. Cette fraction est déterminée en fonction de la nature et de l'importance des manquements de l'établissement à ses engagements figurant au contrat.

Le délai au terme duquel la sanction peut être prononcée est prolongé jusqu'à l'audition de l'établissement si elle a été demandée avant l'expiration de ce délai.

Quand, compte tenu des explications de l'établissement, le directeur général de l'agence régionale de santé décide de ne pas prononcer de pénalité, il en informe celui-ci sans délai.

La décision enjoignant le versement mentionne le délai d'un mois à compter de sa notification pour s'acquitter de la somme. Le directeur général de l'agence régionale de santé informe simultanément de cette décision la caisse mentionnée à l'article R. 322-11-1, chargée du recouvrement.

## **Article R322-11-5**

Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé, conjointement avec la caisse mentionnée à l'article R. 322-11-1, constate que des économies ont été réalisées par rapport aux objectifs fixés au contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, il peut enjoindre à cette même caisse de verser à l'établissement de santé une fraction de ces économies, dans la limite de 30 % de leur montant. Dans ce cas, il en informe simultanément l'établissement.

## **Section 3 : Dispositions diverses.**

### **Article R322-12**

La participation des caisses aux dépenses médicales et pharmaceutiques ne peut, en aucun cas, même lorsqu'elle est fixée forfaitairement, excéder le montant des frais exposés par l'assuré.

### **Article R322-13**

Le renouvellement de la prise en charge des frais d'hospitalisation des titulaires d'une pension ou rente de vieillesse et de leurs ayants droit mentionnés à l'article L. 311-9 et des ayants droit des titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ne peut intervenir au-delà du premier mois de séjour que sur décision individuelle prise à la diligence de l'établissement hospitalier par la caisse primaire d'assurance maladie après avis du contrôle médical reconnaissant la nécessité de la prolongation des soins dans l'établissement.

Le premier renouvellement ainsi que les suivants ne peuvent être accordés que pour des périodes de trois mois au maximum suivant la même procédure, sous réserve toutefois du droit, pour la caisse primaire, de suspendre à tout moment le service des prestations, lorsque, à la suite d'un contrôle du malade, il aura été établi que l'hospitalisation ne s'impose plus médicalement.

La prise en charge ne cessera toutefois d'avoir effet qu'à compter de l'expiration d'un délai de deux jours francs à dater de la notification à l'établissement d'hospitalisation.

### **Article R322-14**

Les frais mentionnés à l'article L. 321-1 ne comprennent, en ce qui concerne les cures thermales, que les frais de surveillance médicale desdites cures et les frais de traitement dans les établissements thermaux.

## **Chapitre 3 : Prestations en espèces.**

### **Article R323-1**

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 323-1 :

1°) le point de départ de l'indemnité journalière définie par le 5° de l'article L. 321-1 est le quatrième jour de l'incapacité de travail. Ce délai ne s'applique, pour une période de trois ans, qu'au premier des arrêts de travail dus à une même affection donnant lieu à application de la procédure prévue à l'article L. 324-1 ;

2°) la durée maximale de la période pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie est fixée à trois ans ;

3°) la durée de la reprise du travail, mentionnée au 1° de l'article L. 323-1, au-delà de laquelle le délai de trois ans court à nouveau, est fixée à un an ;

4°) le nombre maximal d'indemnités journalières mentionné au 2° de l'article L. 323-1, que peut recevoir l'assuré pour une période quelconque de trois ans, est fixé à 360.

### **Article R323-2**

L'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-2 est l'âge prévu par l'article L. 161-17-2.

Pour l'application du deuxième alinéa du même article, l'indemnité journalière est supprimée à partir du septième mois d'arrêt de travail.

### **Article R323-3**

Le silence gardé pendant plus de six mois sur la demande de maintien de l'indemnité journalière prévue au 2° de l'article L. 323-3 vaut décision de rejet.

La durée maximale, prévue au premier alinéa de l'article L. 323-3, durant laquelle, en cas de reprise du travail, l'indemnité journalière peut être maintenue par la caisse ne peut excéder d'un an le délai de trois ans prévu à l'article R. 323-1.

### **Article R323-4**

Le gain journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière prévue à l'article L. 323-4 est déterminé comme suit :

1°) 1/91,25 du montant des trois ou des six dernières paies antérieures à la date de l'interruption de travail suivant que le salaire ou le gain est réglé mensuellement ou deux fois par mois ;

2°) 1/91,25 du montant des paies des trois mois antérieurs à la date de l'interruption de travail lorsque le salaire ou le gain est réglé journalièrement ;

3°) 1/84 du montant des six ou douze dernières paies antérieures à la date de l'interruption de travail suivant que le salaire ou le gain est réglé toutes les deux semaines ou chaque semaine ;

4°) 1/91,25 du montant du salaire ou du gain des trois mois antérieurs à la date de l'interruption de travail, lorsque ledit salaire ou gain n'est pas réglé au moins une fois par mois, mais l'est au moins une fois par trimestre ;

5°) 1/365 du montant du salaire ou du gain des douze mois antérieurs à la date de l'interruption de travail, lorsque le travail n'est pas continu ou présente un caractère saisonnier.

Pour l'application des dispositions qui précèdent, il est tenu compte du salaire servant de base, lors de chaque paie, au calcul de la cotisation due pour les risques maladie, maternité, invalidité et décès dans la limite d'un plafond égal à 1,8 fois le salaire minimum de croissance calculé, pour chaque paie prise en compte, pour un mois sur la base de la durée légale du travail. Toutefois, lorsque l'assiette des cotisations fait l'objet d'un abattement par application des dispositions des articles R. 242-7 à R. 242-11, il est tenu compte du salaire brut perçu par l'assuré, sans abattement, dans la limite du plafond ainsi défini.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les modalités suivant lesquelles est déterminé le gain journalier servant de base au calcul des indemnités journalières dues aux assurés appartenant aux catégories pour lesquelles les cotisations sont établies forfaitairement.

## **Article R323-5**

Le nombre d'enfants prévu au premier alinéa de l'article L. 323-4 est fixé à trois au moins.

La fraction du gain journalier de base prévue au premier alinéa de l'article L. 323-4 est fixée à la moitié pour l'indemnité journalière normale et aux deux tiers pour l'indemnité journalière majorée. Cette dernière indemnité est due à partir du trente et unième jour qui suit le point de départ de l'incapacité de travail.

## **Article R323-6**

La durée prévue au cinquième alinéa de l'article L. 323-4 est fixée à trois mois.

En vue de la révision, prévue au même alinéa dudit article, de l'indemnité journalière, le gain journalier mentionné au troisième alinéa du même article ayant servi de base au calcul de l'indemnité journalière est majoré, le cas échéant, par application des coefficients de majoration fixés par arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. Toutefois, lorsqu'il existe une convention collective de travail applicable à la profession à laquelle appartient l'assuré, celui-ci peut, s'il entre dans le champ d'application territorial de cette

convention, demander que la révision du taux de son indemnité journalière soit effectuée sur la base d'un gain journalier calculé d'après le salaire normal prévu pour sa catégorie professionnelle dans ladite convention, au cas où cette modalité lui est favorable.

### **Article R323-7**

Si l'assuré tombe malade au cours d'une période de chômage involontaire, de fermeture de l'établissement employeur ou d'un congé non payé, le gain journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière est celui dont bénéficiait l'assuré avant la date de la cessation effective du travail, même si celle-ci a été suivie d'un stage de formation professionnelle, sous réserve cependant de l'application des dispositions prévues pour la période comprenant la durée du stage et le mois qui suit celui-ci.

### **Article R323-8**

Dans les cas énumérés ci-après, il y a lieu de déterminer le salaire ou le gain journalier de base comme si l'assuré avait travaillé pendant le mois, les vingt-huit jours, les trois mois ou les douze mois dans les mêmes conditions :

1°) l'assuré travaillait depuis moins d'un mois, de vingt-huit jours, de trois mois ou de douze mois au moment de l'interruption du travail consécutive à la maladie ou à l'accident ;

2°) l'assuré n'avait pas, à la date de ladite interruption, accompli les périodes de travail mentionnées à l'article R. 323-4, soit par suite de maladie, accident, maternité, chômage involontaire total ou partiel, soit en raison de la fermeture de l'établissement employeur à la disposition duquel reste l'assuré, soit en cas de congé non payé à l'exclusion des absences non autorisées, de service militaire ou appel sous les drapeaux ;

3°) l'assuré, bénéficiaire d'une indemnité de changement d'emploi pour silicose, s'est trouvé effectivement sans emploi au cours de la période à considérer ;

4°) l'assuré avait changé d'emploi au cours de la période à considérer. Dans ce cas, le salaire ou gain journalier de base est déterminé à partir du salaire ou gain afférent à l'emploi occupé au moment de l'arrêt du travail. Toutefois, si le salaire ou gain journalier de base ainsi déterminé se trouve inférieur au montant global des rémunérations réellement perçues dans les différents emplois au cours de la période à considérer, c'est sur ce montant global que doit être calculée l'indemnité journalière.

### **Article R323-9**

En aucun cas l'indemnité journalière servie à un assuré social ne peut être supérieure au sept cent trentième du montant annuel du plafond mentionné au septième alinéa de l'article R. 323-4. Pour les



assurés ayant trois enfants ou plus à charge au sens de l'article L. 313-3, l'indemnité servie à partir du trente et unième jour qui suit le point de départ de l'incapacité de travail ne peut dépasser 1/547, 5 de ce plafond.

## **Article R323-10**

En vue de la détermination du montant de l'indemnité journalière, l'assuré doit présenter à la caisse une attestation établie par l'employeur ou les employeurs successifs, conforme au modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, et se rapportant aux payes effectuées pendant les périodes de référence définies ci-dessus. Cette attestation, à l'appui de laquelle sont présentées, le cas échéant, les pièces prévues à l'article L. 143-3 du code du travail, doit comporter notamment :

1°) les indications figurant sur les pièces prévues à l'article L. 143-3 du code du travail en précisant la période et le nombre de journées et d'heures de travail auxquelles s'appliquent la ou les payes, le montant et la date de celles-ci, ainsi que le montant de la retenue effectuée au titre des assurances sociales ;

2°) le numéro sous lequel l'employeur effectue le versement des cotisations de sécurité sociale dues pour les travailleurs qu'il emploie ;

3°) le nom et l'adresse de l'organisme auquel l'employeur verse ces cotisations.

## **Article R323-11**

L'attribution de l'indemnité journalière prévue à l'article L. 323-4 est exclusive de l'allocation de chômage.

La caisse primaire de l'assurance maladie n'est pas fondée à suspendre le service de l'indemnité journalière lorsque l'employeur maintient à l'assuré, en cas de maladie, tout ou partie de son salaire ou des avantages en nature, soit en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, soit en vertu des usages, soit de sa propre initiative.

Toutefois, lorsque le salaire est maintenu en totalité, l'employeur est subrogé de plein droit à l'assuré, quelles que soient les clauses du contrat, dans les droits de celui-ci aux indemnités journalières qui lui sont dues.

Lorsque, en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, le salaire est maintenu en totalité ou en partie sous déduction des indemnités journalières, l'employeur qui paie tout ou partie du salaire pendant la période de maladie sans opérer cette déduction peut être subrogé par l'assuré dans ses droits aux indemnités journalières pour la période considérée, à condition que le salaire maintenu au cours de cette période soit au moins égal au montant des indemnités dues pour la même période.

Dans les autres cas, l'employeur est seulement fondé à poursuivre auprès de l'assuré le recouvrement de la somme correspondant aux indemnités journalières, dans la limite du salaire

maintenu pendant la même période.

L'employeur et l'assuré qui se sont mis d'accord pour le maintien d'avantages en nature en cas de maladie, peuvent en informer la caisse et demander le versement par elle à l'employeur de la partie de l'indemnité journalière correspondant à la valeur des avantages maintenus.

### **Article R323-11-1**

Le praticien indique sur l'arrêt de travail :

- soit que les sorties ne sont pas autorisées ;

- soit qu'elles le sont. Dans ce cas, l'assuré doit rester présent à son domicile de 9 h à 11 h et de 14 h à 16 h, sauf en cas de soins ou d'examens médicaux. Toutefois, le praticien peut, par dérogation à cette disposition, autoriser les sorties libres. Dans ce cas, il porte sur l'arrêt de travail les éléments d'ordre médical le justifiant.

### **Article R323-12**

La caisse est fondée à refuser le bénéfice des indemnités journalières afférentes à la période pendant laquelle son contrôle aura été rendu impossible, sans préjudice des dispositions de l'article L. 324-1.

## **Chapitre 4 : Affections de longue durée.**

### **Article R324-1**

Tout assuré ou ayant droit mentionné à l'article L. 313-3 doit, s'il le demande, faire l'objet de l'examen spécial prévu à l'article L. 324-1.

Si aucune demande n'a été faite par l'assuré ou l'ayant droit, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, de la caisse de base du régime social des indépendants ou de la caisse de mutualité sociale agricole doit, si l'intéressé est présumé atteint d'une affection de longue durée, ou en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à six mois, inviter le médecin-conseil à prendre toutes dispositions utiles en vue de faire procéder à cet examen.

Le règlement intérieur modèle des caisses primaires d'assurance maladie prévu à l'article L. 217-1 fixe les conditions dans lesquelles doit intervenir l'examen périodique prévu à l'article L. 324-1.

L'expertise prévue au deuxième alinéa de l'article L. 324-1 est diligentée dans les conditions prévues par le chapitre 1er du titre IV du livre Ier.

## **Article R324-2**

La décision intervenant en application de l'article L. 324-1 est prise par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, de la caisse de base du régime social des indépendants ou de la caisse de mutualité sociale agricole , après avis du service du contrôle médical.

La décision dont une copie est adressée au médecin traitant est notifiée à l'assuré. Cette notification a lieu par lettre recommandée avec demande d'avis de réception toutes les fois qu'il s'agit d'une décision de suspension, de réduction ou de suppression du service des prestations.

## **Article R324-3**

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe le montant minimum de l'indemnité journalière. Ce minimum ne sera applicable que lorsque l'interruption de travail se prolonge d'une manière continue au-delà du sixième mois.

## **Chapitre 5 : Dispositions particulières aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.**

### **Article R325-2**

Pour les titulaires de pension de réversion ou de veuve visés aux articles L. 353-1, L. 353-2 et L. 357-9, il est tenu compte des droits au régime local d'assurance maladie du conjoint décédé ou disparu pour apprécier les conditions de durée d'assurance ou de cotisations définies aux 9°, 10° et 11° du II de l'article L. 325-1.

### **Article R325-3**

La durée pendant laquelle un ayant droit, tel que défini aux articles L. 161-14 et L. 313-3, a bénéficié du régime local peut compléter ou remplacer les périodes d'assurance exigées aux 9°, 10° et 11° du II de l'article L. 325-1 à condition, soit d'être incluse dans la période des cinq années précédant la date de départ en retraite ou de cessation d'activité de l'assuré, soit de totaliser dix années au moins et d'être incluse dans la période de quinze années précédant cette date, soit de totaliser quinze années au moins avant cette date. Cette durée est prise en compte qu'elle ait été continue ou discontinue.

### **Article R325-4**

La demande d'affiliation au régime local d'assurance maladie en application de l'article R. 325-3 est adressée à la caisse primaire d'assurance maladie ou à la caisse générale de sécurité sociale à laquelle l'assuré social est affilié.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général**

#### **Titre 3 : Assurance maternité**

##### **Chapitre 1er : Dispositions propres à l'assurance maternité**

###### **Section 1 : Dispositions générales.**

###### **Article R331-1**

La date de la première constatation médicale de la grossesse est celle à laquelle l'état de grossesse a été constaté par le médecin ou la sage-femme, quelle que soit la date de la notification de cet état à la caisse primaire d'assurance maladie.

###### **Article R331-2**

En cas de grossesse pathologique ou de suites de couches pathologiques, les prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie sont servies à compter de la constatation médicale de l'état morbide dans les conditions prévues aux articles L. 313-1, L. 313-2, L. 321-2, L. 324-1, L. 332-3 et L. 371-1 et aux chapitres 2 et 3 du titre II du livre III sous réserve de l'article R. 331-6.

Si l'état morbide est constaté avant la période de six semaines précédant l'accouchement, il y a lieu d'appliquer le délai de carence mentionné à l'article L. 323-1.

En cas de suites de couches pathologiques, le délai de trois ans prévu à l'article R. 323-1 commence à courir à compter de la date d'accouchement.

###### **Article R331-3**

Les dispositions réglementaires relatives au contrôle médical sont applicables à l'assurance maternité.

## **Article R331-4**

Les caisses doivent délivrer aux futures mères un carnet de maternité conforme au modèle établi par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale. A défaut de la production par la bénéficiaire des feuilles détachées du carnet de maternité, la caisse peut refuser le bénéfice des prestations.

## **Section 3 : Prestations en espèces.**

### **Article R331-5**

L'indemnité journalière prévue à l'article L. 331-3 est égale au gain journalier de base. Elle est allouée même si l'enfant n'est pas né vivant.

Pour le calcul de l'indemnité journalière de repos, le gain journalier de base est déterminé selon les règles prévues aux articles R. 323-4, R. 323-8 et R. 362-2. Toutefois, pour l'application de ces dispositions, le salaire pris en compte est le salaire servant de base, lors de chaque paie, au calcul de la cotisation due pour les risques maladie, maternité, invalidité et décès dans la limite du plafond mentionné à l'article L. 241-3 ; ce salaire est diminué, à due concurrence, du montant des cotisations et contributions sociales obligatoires y afférent, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'indemnité journalière de repos ne peut être inférieure à un minimum fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

En cas d'augmentation générale des salaires, l'indemnité journalière de repos peut faire l'objet d'une révision dans les mêmes conditions que celles qui sont prévues à l'article R. 323-6 pour l'indemnité journalière de maladie.

La durée de trois mois prévue au premier alinéa de l'article R. 323-6 s'apprécie, le cas échéant, en totalisant tant le délai de carence prévu à l'article R. 323-1 que les périodes pendant lesquelles l'intéressée a bénéficié de l'indemnité journalière de l'assurance maladie et de l'indemnité journalière de repos de l'assurance maternité.

Les dispositions des articles R. 323-10 et R. 323-11 sont applicables à l'indemnité journalière de repos.

### **Article R331-6**

L'indemnité journalière de repos de l'assurance maternité prévue à l'article L. 331-3 est due pendant la période de repos prévue audit article, même en cas de prolongation d'un état morbide antérieurement constaté ou de constatation d'un état morbide au cours de cette période.

Si l'état morbide consécutif à l'accouchement se déclare après la période légale de repos et si l'intéressée n'a pas repris le travail, les prestations en espèces de l'assurance maladie sont servies sans qu'il y ait lieu de faire état du délai de carence.

Pendant la période où l'intéressée reçoit les prestations en espèces de l'assurance maternité, elle ne peut recevoir en même temps les prestations en espèces de l'assurance maladie.

L'indemnité journalière de repos supplémentaire, prévue au deuxième alinéa de l'article L. 331-5, est attribuée au cours de la période prénatale en cas d'état pathologique résultant de la grossesse. Le repos auquel correspond cette indemnité peut être prescrit à partir de la déclaration de grossesse.

### **Article R331-7**

Sont applicables à la femme assurée à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou une oeuvre d'adoption autorisée confie un enfant en vue de son adoption les dispositions de l'article R. 331-5 et du troisième alinéa de l'article L. 331-6.

## **Chapitre 2 : Dispositions communes à l'assurance maternité et à l'assurance maladie.**

### **Section 1 Cumul de prestations en espèces et d'autres prestations ou revenus.**

#### **Article R332-1**

Les prestations en espèces de l'assurance maladie et de l'assurance maternité ne peuvent être cumulées avec les revenus de remplacement ou allocations mentionnés à l'article L. 311-5.

### **Section 2 : Soins dispensés hors de France.**

#### **Article R332-2**

Les caisses d'assurance maladie peuvent procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen aux assurés sociaux et aux membres de leur famille qui sont tombés malades inopinément, sans que celui-ci puisse excéder le montant du remboursement qui aurait été alloué si les intéressés avaient reçu les soins en France.

Lorsque les malades assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état, les conventions intervenant entre les organismes de sécurité sociale d'une part, et certains établissements de soins à l'étranger d'autre part, peuvent, après autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, prévoir les conditions de séjour des intéressés dans lesdits établissements, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.

Indépendamment des cas prévus à l'alinéa ci-dessus, les caisses d'assurance maladie peuvent, à titre exceptionnel, et après avis favorable du contrôle médical, procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen à un assuré social ou ayant droit d'assuré social, lorsque celui-ci aura établi qu'il ne pouvait recevoir sur le territoire français les soins appropriés à son état.

### **Article R332-3**

Les caisses d'assurance maladie procèdent au remboursement des frais des soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans les mêmes conditions que si les soins avaient été reçus en France, sans que le montant du remboursement puisse excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré et sous réserve des adaptations prévues aux articles R. 332-4 à R. 332-6.

### **Article R332-4**

Hors l'hypothèse de soins inopinés, les caisses d'assurance maladie ne peuvent procéder que sur autorisation préalable au remboursement des frais des soins hospitaliers ou nécessitant le recours aux équipements matériels lourds mentionnés au II de l'article R. 712-2 du code de la santé publique dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et appropriés à leur état.

Cette autorisation ne peut être refusée qu'à l'une des deux conditions suivantes :

1° Les soins envisagés ne figurent pas parmi les soins dont la prise en charge est prévue par la réglementation française ;

2° Un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu en temps opportun en France, compte tenu de l'état du patient et de l'évolution probable de son affection.



L'assuré social adresse la demande d'autorisation à sa caisse d'affiliation. La décision est prise par le contrôle médical. Elle doit être notifiée dans un délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard deux semaines après la réception de la demande. En l'absence de réponse à l'expiration de ce dernier délai, l'autorisation est réputée accordée.

Les décisions de refus sont dûment motivées et susceptibles de recours dans les conditions de droit commun devant le tribunal des affaires de sécurité sociale compétent. Toutefois, les contestations de ces décisions, lorsqu'elles portent sur l'appréciation faite par le médecin-conseil de l'état du malade, du caractère approprié à son état des soins envisagés ou du caractère identique ou d'un même degré d'efficacité du ou des traitements disponibles en France, sont soumises à expertise médicale dans les conditions prévues par le chapitre Ier du titre IV du livre Ier du présent code.

### **Article R332-5**

Des conventions passées entre les organismes de sécurité sociale et certains établissements de soins établis dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen peuvent, après autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, prévoir les conditions de séjour dans ces établissements de malades assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux qui ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.

Les assurés sociaux qui bénéficient de ces conventions sont dispensés, lorsqu'il s'agit de soins hospitaliers, d'autorisation préalable.

### **Article R332-6**

Les frais d'examens de biologie médicale effectués par un laboratoire de biologie médicale établi hors de France sur le territoire d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, à partir des échantillons biologiques prélevés en France, sont remboursés, dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1, dès lors que ce laboratoire satisfait aux conditions prévues par l'article L. 6221-4 du code de la santé publique.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 R341-1**

La caisse primaire d'assurance maladie doit prendre toutes dispositions propres à prévenir l'invalidité pendant la période de maladie ou de maternité.

##### **Section 2 : Taux d'invalidité.**

###### **Article R341-2**

Pour l'application des dispositions de l'article L. 341-1 :

- 1°) l'invalidité que présente l'assuré doit réduire au moins des 2/3 sa capacité de travail ou de gain ;
- 2°) le salaire de référence ne doit pas être supérieur au tiers de la rémunération normale mentionnée audit article.

###### **Article R341-3**

Lorsque l'expertise fait apparaître que l'invalidé doit être classé dans une catégorie autre que celle dans laquelle il était antérieurement classé, la caisse primaire détermine cette nouvelle catégorie et notifie sa décision à l'intéressé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Dans ce cas, le nouveau montant de la pension est appliqué, soit à la première échéance suivant la date de la décision de la caisse lorsqu'il y a réduction de la pension antérieurement servie, soit à la date de la constatation de l'état d'invalidité ayant motivé le nouveau classement, lorsqu'il y a

augmentation de ladite pension.

S'il est constaté que la capacité de gain de l'invalidé pensionné est supérieure à 50 %, la caisse primaire suspend ou supprime la pension, soit immédiatement, soit à partir d'une date ultérieure qu'elle fixe dans sa décision.

La caisse primaire notifie sa décision à l'assuré par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Pour l'application des alinéas ci-dessus, la capacité de gain est appréciée dans les conditions fixées par les articles L. 341-1 et L. 341-3.

Les décisions prises par la caisse primaire d'assurance maladie en application des alinéas ci-dessus peuvent être contestées dans les conditions prévues au chapitre 3 du titre IV du livre Ier.

### **Section 3 : Montant de la pension d'invalidité.**

#### **Article R341-4**

Pour les invalides de la première catégorie mentionnés à l'article L. 341-4, la pension est égale à 30 % du salaire annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des dix années civiles d'assurance dont la prise en considération est la plus avantageuse pour l'assuré ; ces années doivent être comprises entre le 31 décembre 1947 et la date soit de l'interruption de travail suivie d'invalidité, soit de la constatation médicale de l'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

Toutefois, lorsque l'assuré ne compte pas dix années d'assurance, la pension est égale à 30 % du salaire annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des années d'assurance accomplies depuis l'immatriculation.

En vue du calcul du salaire annuel moyen, il est tenu compte, pour les périodes d'assurance comprises entre le 30 septembre 1967 et le 1er janvier 1980, des salaires qui ont donné lieu à précompte de la fraction de cotisation d'assurances sociales à la charge du salarié afférente aux risques maladie, maternité, invalidité et décès et calculée dans la limite du plafond mentionné à l'article L. 241-3.

A compter du 1er janvier 1980, les salaires pris en considération pour le calcul du salaire annuel moyen sont ceux qui donnent lieu, lors de chaque paie, au versement de la fraction de cotisation d'assurances sociales afférente aux risques maladie, maternité, invalidité et décès, dans la limite du plafond prévu à l'alinéa précédent.

Toutefois, lorsque l'assiette des cotisations fait l'objet d'un abattement par application des dispositions des articles R. 242-7 à R. 242-11, il est tenu compte du salaire brut perçu par l'assuré,

sans abattement, dans la limite du plafond correspondant.

Les salaires exonérés de cotisations entre le 1er avril et le 31 décembre 1987 en application de l'article L. 241-10 entrent en compte, s'il y a lieu, dans la détermination du salaire servant de base au calcul de la pension.

### **Article R341-5**

Pour les invalides de la deuxième catégorie mentionnée à l'article L. 341-4, la pension est égale à 50 % du salaire défini à l'article R. 341-4.

Le montant de la pension d'invalidité ne peut être supérieur à 30 % ou à 50 % du montant annuel du plafond des rémunérations ou gains retenu pour le calcul de la fraction de cotisation prévue au troisième et au quatrième alinéas de l'article R. 341-4, selon qu'il s'agit d'un invalide de la première catégorie ou d'un invalide de la deuxième catégorie.

### **Article R341-6**

Pour les invalides de la troisième catégorie mentionnée à l'article L. 341-4, la pension est égale au montant prévu à l'article R. 341-5 ci-dessus majoré de 40 % sans que cette majoration puisse être inférieure à un minimum annuel fixé par décret, auquel sont applicables les coefficients de revalorisation des pensions prévus à l'article L. 341-6.

La majoration pour aide d'une tierce personne est versée jusqu'au dernier jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'assuré a été hospitalisé ; au-delà de cette date, son service est suspendu.

### **Article R341-6-1**

En cas de redressement d'assiette sur la base d'une rémunération forfaitaire mis en recouvrement conformément aux dispositions de l'article L. 242-1-2, les conditions d'ouverture des droits du salarié intéressé mentionnées aux articles L. 341-1 et L. 341-2 sont fixées sur la base d'une fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-1 du code du travail en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé.

### **Article R341-7**

Les arrêtés mentionnés à l'article L. 341-6 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

## **Section 4 : Liquidation et service de la pension d'invalidité - Attributions des caisses primaires d'assurance maladie.**

## **Article R341-8**

La caisse primaire d'assurance maladie est tenue de faire connaître à l'assuré, par lettre recommandée, aussitôt qu'elle se trouve à même d'apprécier son état, la date à partir de laquelle il ne peut plus prétendre aux prestations de l'assurance maladie, en raison de la stabilisation dudit état.

Elle lui fait connaître, dans les mêmes conditions, sa décision de procéder à la liquidation, à son profit, d'une pension d'invalidité, si elle estime qu'il présente une invalidité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de gain.

A défaut d'initiative de la caisse primaire d'assurance maladie, l'assuré peut, lui-même, adresser une demande de pension d'invalidité à ladite caisse dans le délai de douze mois qui suit, selon le cas, soit la date de la consolidation de la blessure, soit la date de la constatation médicale de l'invalidité si cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme, soit la date de la stabilisation de l'état de l'assuré, telle qu'elle résulte de la notification qui lui en est faite par la caisse primaire, soit la date de l'expiration de la période légale d'attribution des prestations en espèces de l'assurance maladie ou la date à laquelle la caisse primaire a cessé d'accorder lesdites prestations. La caisse est tenue d'informer l'assuré du délai qui lui est ainsi imparti pour présenter lui-même sa demande.

Lorsque la demande de pension a été rejetée ou lorsque la pension antérieurement accordée a été supprimée, une nouvelle demande de pension d'invalidité peut être formée par l'assuré dans le délai de douze mois mentionné à l'alinéa précédent. Dans ce cas, l'état d'invalidité est apprécié à la date de la nouvelle demande ; toutefois, si l'incapacité ne devient égale aux deux tiers qu'au cours du délai susmentionné de douze mois, l'état d'invalidité est apprécié à la date de l'aggravation.

Le modèle de la demande de pension et les pièces à y annexer sont déterminés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R341-9**

La caisse primaire statue sur le droit à pension après avis du contrôle médical dans le délai de deux mois à compter soit de la date à laquelle elle a adressé à l'assuré la notification prévue au deuxième alinéa de l'article R. 341-8, soit à la date à laquelle la demande lui a été adressée par l'assuré. Elle apprécie notamment, en se conformant aux dispositions des articles L. 341-1 et L. 341-3, si l'affection ou l'infirmité dont l'assuré est atteint réduit au moins des deux tiers sa capacité de gain.

Elle détermine la catégorie dans laquelle l'assuré doit être classé aux termes de l'article L. 341-4.

Elle notifie sa décision à l'intéressé avec demande d'avis de réception. Le défaut de réponse de la caisse dans le délai de deux mois prévu au premier alinéa du présent article vaut décision de rejet [\*tacite\*] et ouvre un droit de recours à l'assuré.

## **Article R341-10**

Lorsqu'elle a pris l'initiative de procéder à la liquidation de la pension d'invalidité dans les conditions prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article R. 341-8, la caisse primaire accorde les prestations en nature de l'assurance maladie jusqu'à la date à laquelle elle notifie la décision prévue au troisième alinéa de l'article R. 341-9.

### **Article R341-11**

La caisse primaire détermine, conformément aux dispositions de la section 3 du présent chapitre, le montant de la pension d'invalidité. Elle notifie le montant de la pension à l'intéressé.

Pour la détermination du salaire annuel moyen servant de base au calcul de la pension d'invalidité, il est fait application des dispositions des articles R. 351-9 et R. 351-12.

Les salaires annuels pris en considération pour déterminer le salaire de base sont les salaires revalorisés par application des coefficients mentionnés à l'article L. 341-6.

Sont retenues les dix années civiles d'assurance accomplies postérieurement au 31 décembre 1947 qui ont précédé soit l'interruption de travail suivie d'invalidité, soit la constatation médicale de l'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme, et dont la prise en considération est la plus avantageuse pour l'assuré.

Lorsque l'assuré ne compte pas dix années civiles d'assurance, sont prises en considération les années d'assurance depuis l'immatriculation.

### **Article R341-12**

Quelle que soit la date de la demande, la pension a effet à compter de la date à laquelle est apprécié l'état d'invalidité.

### **Article R341-13**

Les arrérages de la pension d'invalidité sont servis par la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle l'assuré est affilié.

## **Section 5 : Suspension, révision, suppression de la pension d'invalidité.**

### **Article R341-14**

Un contrôle des droits des titulaires d'une pension d'invalidité est effectué chaque année.  
Toutefois, le contrôle des droits est effectué trimestriellement lorsque le titulaire d'une pension d'invalidité exerce une activité salariée.

### **Article R341-16**

La suspension ou la suppression de la pension prévue à l'article L. 341-13 intervient lorsque la capacité de gain de l'invalidé pensionné devient supérieure à 50 %.

Pour l'application de ces dispositions la caisse primaire d'assurance maladie peut, à tout moment, provoquer une expertise médicale sur la capacité de gain qui reste à l'intéressé.

### **Article R341-17**

La pension doit être suspendue, en tout ou partie, par la caisse primaire d'assurance maladie lorsqu'il est constaté que le montant cumulé de la pension d'invalidité, calculée conformément aux dispositions de la section 3 du présent chapitre, et des salaires ou gains de l'intéressé excède, pendant deux trimestres consécutifs, le salaire trimestriel moyen de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi d'invalidité.

Pour l'application de ces dispositions, il est tenu compte du salaire tel que défini au quatrième alinéa de l'article R. 341-4, effectivement versé, augmenté des avantages susceptibles de donner lieu au versement des cotisations et affecté des coefficients de revalorisation établis en application de l'article L. 341-6.

Pour l'appréciation des gains mentionnés au premier alinéa lorsqu'ils sont tirés d'une activité professionnelle non salariée, sont retenus soit le revenu professionnel entrant dans l'assiette des cotisations d'assurance maladie, soit, pour les bénéficiaires du régime prévu à l'article L. 133-6-8, le revenu résultant de l'application au chiffre d'affaires ou aux recettes des taux d'abattement définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts, l'un ou l'autre de ces revenus étant pris en compte à hauteur de 125 % de son montant.

Pendant les arrêts de travail en cours de la période de référence définie au premier alinéa, l'assuré est considéré comme ayant perçu un salaire égal au salaire moyen correspondant à la durée effective de travail salarié.

Le montant des arrérages de chaque mois ultérieur est réduit à concurrence du dépassement constaté au cours du trimestre précédent.

Si l'assuré était en apprentissage lors de la survenance du risque, ses ressources sont comparées à la rémunération habituelle d'un salarié du même âge et de la même région appartenant à la catégorie professionnelle à laquelle l'assuré aurait normalement accédé à sa sortie d'apprentissage.

La décision de la caisse primaire portant suspension en tout ou partie de la pension doit être notifiée à l'assuré par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

### **Article R341-18**

En cas de suspension ou de suppression de la pension d'invalidité dans les conditions prévues aux articles L. 341-12 et L. 341-13, la caisse primaire peut maintenir à l'invalidé qui fait l'objet d'un traitement, suit des cours ou effectue un stage en vue de son reclassement ou de sa rééducation professionnelle, pendant toute la durée de ce traitement, cours ou stage, une fraction de ladite pension qui peut atteindre 50 %.

### **Article R341-19**

Après achèvement du traitement, des cours ou du stage et pendant une durée ne pouvant excéder trois ans, la caisse primaire peut maintenir à l'invalidé la fraction de la pension prévue à l'article R. 341-18.

### **Article R341-20**

Si un assuré reprend le travail après la suppression de sa pension d'invalidité, il est considéré comme ayant rempli pendant l'année précédant la date de la suppression de cette pension les conditions exigées en application des articles L. 313-1 et L. 341-2 pour avoir droit et ouvrir droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès.

### **Article R341-21**

Lorsque l'invalidé, dont la pension est suspendue, est atteint d'une nouvelle affection entraînant une invalidité qui réduit au moins des deux tiers sa capacité de gain, la caisse primaire procède à la liquidation d'une seconde pension qui se substitue à la première, si elle est d'un montant plus élevé, sans préjudice de l'application des dispositions sur l'assurance maladie.

## **Section 6 : Conversion de la pension d'invalidité en pension de vieillesse.**

### **Article R341-22**

L'entrée en jouissance de la pension de vieillesse substituée à la pension d'invalidité, en application de l'article L. 341-15, est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint l'âge prévu à l'article L. 161-17-2.

L'âge minimum prévu au premier alinéa de l'article L. 341-16 est celui mentionné à l'article R. 351-2.



## **Section 7 : Dispositions diverses.**

### **Article R341-24**

Les dispositions relatives à l'assurance maladie et à l'assurance maternité sont applicables à l'assurance invalidité en ce qui concerne les prestations en nature servies par la caisse primaire d'assurance maladie.

## **Chapitre 2 : Droits du conjoint survivant.**

### **Article R342-1**

La pension [\*de veuf ou de veuve\*] à laquelle peut prétendre le conjoint survivant est calculée selon l'âge atteint par le défunt, soit sur la pension d'invalidité dont ce dernier eût bénéficié s'il avait été classé dans la deuxième catégorie, soit sur la pension de vieillesse qui lui aurait été allouée s'il avait été reconnu inapte au travail, soit sur la pension de vieillesse dont il bénéficiait ou à laquelle il aurait pu prétendre.

### **Article R342-2**

La majoration, dont le taux est fixé à 10 % de la pension de veuf ou de veuve prévue à l'article L. 342-4, est applicable lorsque le bénéficiaire a eu au moins trois enfants. Ouvrent droit également à cette majoration les enfants ayant été, pendant au moins neuf ans avant leur seizième anniversaire, élevés par le titulaire de la pension et à sa charge ou à celle de son conjoint.

### **Article R342-3**

Les personnes qui sollicitent le bénéfice de la pension d'invalidité de veuf ou de veuve prévue au présent chapitre adressent à la caisse primaire d'assurance maladie du dernier lieu de travail du "de cujus" une demande conforme au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Il est donné au requérant récépissé de sa demande et des pièces qui l'accompagnent.

### **Article R342-4**

L'entrée en jouissance de la pension prévue à l'article L. 342-1, est fixée, soit au premier jour du mois qui suit le décès de l'assuré si la demande est présentée dans le délai d'un an, soit au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande ou la date à compter de laquelle la veuve est reconnue invalide postérieurement au dépôt de sa demande.

### **Article R342-5**

Les dispositions de l'article R. 341-17 sont applicables aux pensions de veufs ou de veuves. S'il s'agit de bénéficiaires n'ayant pas exercé d'activité professionnelle antérieurement à l'entrée en jouissance de la pension d'invalidité de veuf ou de veuve, leurs ressources devront être comparées à la rémunération normale perçue par un manoeuvre de la région où ils résident.

### **Article R342-6**

La pension d'invalidité attribuée à la veuve ou au veuf en vertu de l'article L. 342-1 est remplacée par une pension de vieillesse de veuve ou de veuf d'un montant égal à compter de la première échéance suivant le cinquante-cinquième anniversaire du titulaire.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 R351-1**

Les droits à l'assurance vieillesse sont déterminés en tenant compte :

1°) des cotisations versées au titre de la législation sur les assurances sociales et arrêtées au dernier jour du trimestre civil précédant la date prévue pour l'entrée en jouissance de la pension, rente ou allocation aux vieux travailleurs salariés ;

2°) de l'âge atteint par l'intéressé à cette dernière date ;

3°) du nombre de trimestres d'assurance valables pour le calcul de la pension.

###### **Section 1 : Conditions d'âge.**

###### **Article R351-2**

L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 est l'âge prévu par l'article L. 161-17-2.

###### **Section 2 : Périodes d'assurance, périodes équivalentes et périodes assimilées**

###### **Sous-section 1 : Dispositions générales.**

### **Article R351-3**

Les termes "durée d'assurance" et "périodes d'assurance" figurant à l'article L. 351-1 désignent :

1°) les périodes de cotisations à l'assurance vieillesse obligatoire ou volontaire ainsi que les périodes assimilées à des périodes d'assurance ou validables en application des règles propres à chacun des régimes de base obligatoires ;

2°) les majorations de durée d'assurance pour enfant accordées par l'un de ces régimes et retenues conformément aux règles de coordination posées par les articles R. 173-15 et R. 173-16 ;

3°) les majorations de durée d'assurance en fonction de la durée d'un congé parental, accordées par ces mêmes régimes et retenues dans les mêmes conditions.

Les périodes mentionnées au 3° ci-dessus sont retenues de date à date, le nombre de trimestres correspondant étant arrondi au chiffre immédiatement supérieur.

### **Article R351-4**

Les termes "périodes reconnues équivalentes" figurant au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 désignent :

1° Les périodes d'activité professionnelle antérieures au 1er avril 1983 qui peuvent ou auraient pu donner lieu à rachat de cotisations d'assurance vieillesse au titre d'un régime de base obligatoire, à l'exclusion des périodes d'activité accomplies par un aide familial entre son quatorzième et son dix-huitième anniversaire et mentionnées à l'article L. 732-35-1 du code rural et de la pêche maritime et des périodes au titre desquelles un versement de cotisation peut être effectué en application des articles L. 351-14-1, L. 634-2-2, L. 643-2, L. 721-8 et L. 723-10 du présent code, de l'article L. 732-27-1 du code rural et de la pêche maritime et de l'article L. 9 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite ;

2° Les périodes d'activité professionnelle agricole non salariée accomplies de façon habituelle et régulière, avant le 1er janvier 1976, dans une exploitation agricole ou assimilée, entre le dix-huitième et le vingt et unième anniversaire des intéressés et n'ayant pas donné lieu au versement de cotisations en application de l'article L. 732-35-1 du code rural et de la pêche maritime ;

3°) les périodes antérieures au 1er avril 1983 au cours desquelles les membres de la famille du chef d'entreprise, âgés d'au moins dix-huit ans et ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse, ont participé de façon habituelle à l'exercice d'une activité professionnelle non salariée artisanale, industrielle ou commerciale. Les membres de la famille s'entendent des conjoints, ascendants, descendants, frères, soeurs ou alliés au même degré.

Les périodes mentionnées ci-dessus sont retenues de date à date, le nombre de trimestres

correspondant étant arrondi au chiffre immédiatement supérieur.

### **Article R351-5**

L'application des dispositions des articles R. 351-3 et R. 351-4 ne peut avoir pour effet de porter à un chiffre supérieur à quatre le nombre de trimestres d'assurance valable au titre d'une même année civile.

Cette disposition ne concerne pas les majorations de durée d'assurance mentionnées aux 2° et 3° de l'article R. 351-3.

### **Article R351-6**

I. - La durée maximum d'assurance dans le régime général prise en compte pour le calcul de la pension de vieillesse est celle prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1.

Si l'assuré a accompli une durée d'assurance inférieure à cette durée maximum, la pension est réduite au prorata.

Les dispositions ci-dessus s'appliquent aux assurés nés après 1947 quelle que soit la date d'effet de leur pension.

II. - Pour les pensions prenant effet après le 31 décembre 2003, la durée maximum d'assurance est fixée à :

150 trimestres pour les assurés nés avant 1944 ;

152 trimestres pour les assurés nés en 1944 ;

154 trimestres pour les assurés nés en 1945 ;

156 trimestres pour les assurés nés en 1946 ;

158 trimestres pour les assurés nés en 1947.

### **Article R351-7**

L'assuré bénéficie, en application de l'article L. 351-6, d'une majoration de sa durée d'assurance dans le régime général de sécurité sociale égale à 2,5 % pour chaque trimestre accompli postérieurement à l'âge fixé au 1° de l'article L. 351-8 ou à l'âge de soixante-cinq ans s'il remplit les

conditions prévues au 1° bis ou 1° ter de ce même article L. 351-8 ou au III ou IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites :

1° Au titre des périodes antérieures au 1er janvier 2004 ;

2° Au titre des périodes accomplies dans ce régime et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires postérieurement au 31 décembre 2003.

Sous réserve des dispositions de l'article R. 173-4-2, le nombre total de trimestres d'assurance obtenu en application des dispositions des alinéas précédents est arrondi, s'il y a lieu, au chiffre immédiatement supérieur.

La majoration prévue au présent article ne peut avoir pour effet de porter la durée totale d'assurance de l'assuré au-delà de la limite prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1. Elle est répartie entre les régimes selon les modalités prévues à l'article R. 173-4-2.

### **Article R351-8**

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 351-7, les assurés âgés de plus de soixante-cinq ans au 1er avril 1983 pourront, en application du dernier alinéa de l'article L. 351-1, conserver le bénéfice des coefficients de majoration acquis au 31 mars 1983 dans le cadre de la législation en vigueur jusqu'à cette dernière date.

### **Article R351-9**

Les périodes d'assurance accomplies du 1er juillet 1930 au 31 décembre 1935 comptent pour autant de trimestres d'assurance que, durant ce délai, l'intéressé a versé de fois soixante cotisations journalières de la catégorie où il était classé, sans que le nombre de trimestres entrant en compte puisse dépasser vingt-deux.

Pour la période comprise entre le 1er janvier 1936 et le 31 décembre 1941, ne comptent comme trimestres d'assurance que ceux au cours desquels l'assuré a subi sur son salaire une retenue au moins égale à 0,15 F.

Pour la période comprise entre le 1er janvier 1942 et le 31 décembre 1945, il y a lieu de retenir autant de trimestres que la retenue subie par l'assuré sur son salaire annuel représente de fois 0,15 F avec un maximum de quatre trimestres par année civile.

Pour la période comprise entre le 1er janvier 1946 et le 31 décembre 1948, il y a lieu de retenir autant de trimestres que le salaire annuel correspondant aux retenues subies par l'assuré sur sa rémunération représente de fois 18 F avec un maximum de quatre trimestres par année civile.

Pour la période comprise entre le 1er janvier 1949 et le 31 décembre 1971, il y a lieu de retenir autant de trimestres que le salaire annuel correspondant aux retenues subies par l'assuré sur sa rémunération représente de fois le montant trimestriel de l'allocation aux vieux travailleurs salariés au 1er janvier de l'année considérée, avec un maximum de quatre trimestres par année civile ; jusqu'au 31 décembre 1962, ce montant est celui des villes de plus de 5 000 habitants.

Pour la période postérieure au 1er janvier 1972, il y a lieu de retenir autant de trimestres que le salaire annuel correspondant aux retenues subies par l'assuré sur sa rémunération représente de fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année considérée calculé sur la base de 200 heures, avec un maximum de quatre trimestres par année civile. En ce qui concerne les assurés ayant, au cours de tout ou partie d'une année déterminée, exercé leur activité dans l'un des départements mentionnés à l'article L. 751-1, le montant du salaire minimum de croissance à retenir est celui qui est en vigueur dans ledit département au 1er janvier de l'année considérée.

## **Article R351-10**

La pension ou la rente liquidée dans les conditions prévues aux articles R. 351-1 et R. 351-9 n'est pas susceptible d'être révisée pour tenir compte des versements afférents à une période postérieure à la date à laquelle a été arrêté le compte de l'assuré pour l'ouverture de ses droits à l'assurance vieillesse dans les conditions définies à l'article R. 351-1.

## **Article R351-11**

I.-Sous réserve, pour la période du 1er avril au 31 décembre 1987, de l'application de l'article L. 241-10, il est tenu compte, pour l'ouverture du droit et le calcul des pensions de vieillesse prévues aux articles L. 351-1, L. 351-7 et L. 352-1, de toutes les cotisations d'assurance vieillesse versées pour les périodes antérieures à l'entrée en jouissance de la pension, quelle que soit la date de leur versement. Toutefois, il n'est tenu compte des cotisations versées en cas de redressement d'assiette sur la base d'une rémunération forfaitaire prévu à l'article L. 242-1-2 que pour leur fraction correspondant à une assiette égale à deux fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-1 du code du travail en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé.

II.-Le versement de cotisations afférentes à une période d'activité antérieure de plus de trois ans à la date dudit versement s'effectue dans les conditions déterminées ci-après.

Le montant des cotisations dues est calculé en appliquant à la rémunération qui aurait dû être soumise à cotisation salariale selon les dispositions en vigueur à l'époque de l'activité rémunérée :

1° Les coefficients de revalorisation en vigueur à la date du versement, applicables aux salaires et aux cotisations servant de base au calcul des pensions ou rentes en vertu de l'article L. 351-11 ;

2° Les taux de cotisations pour le risque vieillesse incombant au salarié et à l'employeur, applicables lors de la période d'activité en cause ou, pour les périodes d'activité antérieures au 1er octobre 1967, le taux de 9 % ;

3° Une actualisation au taux de 2,5 % par année civile révolue séparant la date du versement de la fin de la période d'activité en cause.

Ces cotisations ne sont pas soumises aux pénalités et aux majorations de retard prévues par les

articles R. 243-16 et R. 243-18.

Le versement mentionné au premier alinéa du présent II porte sur l'intégralité de la période d'activité pour laquelle les cotisations dues n'ont pas été versées.

Lorsque le montant de la rémunération perçue par l'assuré n'est pas démontré, un versement de cotisations ne peut être effectué qu'au titre d'une période d'activité accomplie pour le compte du même employeur et correspondant soit à une période continue d'au moins quatre-vingt-dix jours, soit à des périodes discontinues d'une durée totale d'au moins quatre-vingt-dix jours sur une même année civile. Dans ce cas, les cotisations sont calculées sur une assiette forfaitaire, fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture, dans les conditions prévues aux alinéas précédents.

Lorsque les cotisations sont calculées sur une base forfaitaire, le versement des cotisations afférentes à chaque année civile ne peut avoir pour effet d'augmenter la durée d'assurance déterminée selon les modalités définies à l'article R. 351-9 d'un nombre de trimestres supérieur à la durée de la période de travail au titre de laquelle intervient le versement, pour l'année civile considérée, exprimée en périodes de quatre-vingt-dix jours et arrondie le cas échéant à l'entier le plus proche.

Le versement de cotisations est effectué par l'employeur. Toutefois, en cas de disparition de l'employeur ou lorsque celui-ci refuse d'effectuer le versement, l'assuré est admis à procéder lui-même au versement.

Le versement est effectué auprès de l'organisme visé à l'article R. 351-34 (1).

Aucun versement volontaire de cotisations n'est admis au titre du travail dissimulé ayant donné lieu à un redressement d'assiette sur la base d'une rémunération forfaitaire, en application de l'article L. 242-1-2, plus de trois ans après la date à laquelle a été constaté ce délit.

III.-Si un versement de cotisations intervient après une première liquidation de la pension, la révision des droits prend effet à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel ont été encaissées les cotisations éventuellement majorées et les pénalités et majorations de retard éventuellement dues.

IV.-Sont également valables pour l'ouverture du droit et le calcul desdites pensions, les cotisations non versées, lorsque l'assuré apporte la preuve qu'il a subi en temps utile, sur son salaire, le précompte des cotisations d'assurance vieillesse, sous réserve des cas visés à la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 351-2.

## **Article R351-12**

Pour l'application de l'article L. 351-3, sont comptés comme périodes d'assurance, depuis le 1er juillet 1930, pour l'ouverture du droit à pension :

1°) le trimestre civil au cours duquel l'assuré a bénéficié, au titre du 5° de l'article L. 321-1, du soixantième jour d'indemnisation, un trimestre étant également décompté pour chaque nouvelle période d'indemnisation de soixante jours ;

2°) le trimestre civil au cours duquel est survenu l'accouchement ;

3°) chaque trimestre civil comportant une échéance du paiement des arrérages de la pension d'invalidité ;

4°) autant de trimestres qu'au cours de l'année civile correspond de fois à cinquante jours la durée :

a. de la détention provisoire, dans la mesure où elle ne s'impute pas sur la durée de la peine ;



b. des périodes antérieures au 1er janvier 1980 durant lesquelles l'assuré était en situation de chômage involontaire constaté ou a bénéficié soit du régime de garantie de ressources auquel se réfère la loi n° 72-635 du 5 juillet 1972, soit de l'allocation spéciale créée par l'article 3 de la loi n° 63-1240 du 18 décembre 1963 ;

c. des périodes postérieures au 31 décembre 1979 durant lesquelles l'assuré dont l'âge est inférieur à celui prévu au 1° de l'article L. 351-8 a bénéficié de l'un des revenus de remplacement prévus à l'article L. 351-5 du code du travail en vigueur avant le 1er avril 1984 ou à l'article L. 351-2 du même code ou de l'une des allocations mentionnées aux articles L. 351-6, L. 351-6-1, L. 351-6-2, L. 351-16, L. 351-17 du même code en vigueur avant cette dernière date, à l'article L. 322-3 et aux 2° et 4° du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du même code ;

d. des périodes postérieures au 31 décembre 1979 pendant lesquelles l'assuré dont l'âge est inférieur à celui prévu au 1° de l'article L. 351-8 et en état de chômage involontaire n'a pu bénéficier ou a cessé de bénéficier de l'un des revenus de remplacement ou de l'une des allocations susmentionnés. Toutefois, ces périodes ne sont prises en compte que dans les conditions et limites suivantes :

-la première période de chômage non indemnisé, qu'elle soit continue ou non, est prise en compte dans la limite d'un an et demi, sans que plus de six trimestres d'assurance puissent être comptés à ce titre ;

-chaque période ultérieure de chômage non indemnisé est prise en compte à condition qu'elle succède sans solution de continuité à une période de chômage indemnisé, dans la limite d'un an ;

-cette dernière limite est portée à cinq ans lorsque l'assuré justifie d'une durée de cotisation d'au moins vingt ans, est âgé d'au moins cinquante-cinq ans à la date où il cesse de bénéficier de l'un des revenus de remplacement ou de l'une des allocations susmentionnés, et ne relève pas à nouveau d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse ;

e. des périodes pendant lesquelles, par application des dispositions de l'article 5 du décret n° 82-991 du 24 novembre 1982 ou de l'article 35 du règlement annexé à la convention du 24 février 1984 relative à l'assurance chômage, l'assuré n'a pas perçu les allocations du régime mentionné à l'article L. 351-2 du code du travail en vigueur avant le 1er avril 1984 ou le revenu de remplacement mentionné à l'article L. 351-2 du même code ou les allocations mentionnées au 2° du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du même code ;

f. des périodes pendant lesquelles, par application d'accords professionnels ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux, mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail, l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'une allocation versée par son entreprise, sous réserve que, durant lesdites périodes, une convention de conversion ait été conclue entre l'Etat et son entreprise par application du 4° de l'article R. 322-1 du même code ;

g. Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié du revenu de remplacement prévu à l'article R. 322-7-2 du code du travail en application de la convention prévue au VI de cet article ou de la rémunération prévue au quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3 du même code ;

h. Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié de l'allocation de congé-solidarité dans les conditions prévues par l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000.

5°) pour les bénéficiaires de la législation sur les accidents du travail, les dispositions des 1° ou 3° ci-dessus sont applicables selon que l'assuré a perçu des indemnités journalières au titre de l'incapacité temporaire ou une rente pour une incapacité permanente au moins égale à 66 % ;

6°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a été présent sous les drapeaux pour son service militaire

légal, par suite de mobilisation ou comme volontaire en temps de guerre, sont retenues de date à date, le nombre de trimestres valables correspondant étant, éventuellement, arrondi au chiffre immédiatement supérieur.

Toutefois, les périodes prévues aux 1°, 2° et 3° ne peuvent être comptées comme périodes d'assurance, postérieurement au 1er janvier 1942, que si mention en a été faite au compte de l'intéressé ;

7°) les périodes pendant lesquelles l'assuré s'est trouvé dans l'une des situations mentionnées au 5° de l'article L. 351-3. Elles sont retenues de date à date, dans les conditions fixées par des arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale, le nombre de trimestres valables correspondant étant, éventuellement, arrondi au chiffre immédiatement supérieur. Les arrêtés mentionnés au 5° de l'article L. 351-3 précisent, de plus, les justifications à produire par les intéressés.

8°) Les périodes mentionnées à l'article L. 432-11 ; elles sont retenues de date à date, le nombre de trimestres valables correspondant étant, éventuellement, arrondi au chiffre immédiatement supérieur.

L'application des dispositions du présent article ne peut avoir pour effet de porter à un chiffre supérieur à quatre le nombre de trimestres d'assurance valable au titre d'une même année civile.

### **Article R351-13**

Les caisses primaires, les institutions ou employeurs assurant le service du revenu de remplacement prévu à l'article L. 351-2 du code du travail, ou des allocations versées en application de l'article L. 322-3, des 2° et 4° du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 et du 4° de l'article R. 322-1 du même code, les services et organismes relevant du ministre chargé du travail et les établissements pénitentiaires doivent fournir aux caisses chargées de la gestion de l'assurance vieillesse les renseignements permettant de prendre en considération les périodes mentionnées du 1° au 5° de l'article R. 351-12 du présent code.

## **Sous-section 2 : Bénéficiaires de l'indemnité de soins aux tuberculeux.**

### **Article R351-15**

Les périodes définies au premier alinéa de l'article L. 161-21 sont prises en compte pour l'ouverture et la liquidation des droits à la pension mentionnée à l'article L. 351-1 à condition qu'elles soient antérieures à l'entrée en jouissance de ladite pension.

Ces périodes sont calculées de date à date et décomptées en trimestres ; toute fraction de trimestre est comptée pour un trimestre. Le nombre total de trimestres retenu ne peut excéder trente-six.

### **Article R351-16**

Les prestations de vieillesse ayant fait l'objet d'une liquidation sont révisées pour tenir compte des

périodes validées dans les conditions fixées par les articles R. 351-15 et R. 351-18, dans la limite du maximum de trimestres d'assurance susceptibles d'être pris en compte à la date d'entrée en jouissance initiale de ces prestations.

Conformément aux dispositions de l'article 31 de la loi n° 82-599 du 13 juillet 1982, cette révision prend effet au plus tôt au 1er décembre 1982.

### **Article R351-17**

Les demandes de validation des périodes définies au premier alinéa de l'article L. 161-21 sont adressées à la caisse chargée de la liquidation des droits à prestation de vieillesse dans la circonscription de laquelle l'assuré cotise ou a cotisé en dernier lieu ou qui, le cas échéant, lui sert déjà une prestation de vieillesse.

Si l'assuré avait demandé à effectuer un rachat de cotisations en application des articles R. 742-22 à R. 742-29, la caisse compétente est celle qui a été chargée de l'instruction de la demande de rachat.

Les demandes de validation sont obligatoirement accompagnées d'une attestation délivrée par le service des anciens combattants qui a attribué l'indemnité de soins aux tuberculeux, indiquant :

1°) les périodes durant lesquelles cette indemnité a été servie ;

2°) le cas échéant, les périodes pendant lesquelles l'hospitalisation de l'intéressé a entraîné la suspension de l'indemnité ;

3°) les périodes pour lesquelles l'activité professionnelle éventuellement exercée n'a pas entraîné la suspension de l'indemnité.

Dans le cas prévu au 3°, la demande doit préciser, en outre, le régime d'assurance vieillesse auquel l'intéressé a été affilié au titre de l'activité exercée ainsi que les références sous lesquelles il a cotisé.

Lorsqu'une demande de rachat avait été faite en application de l'article L. 742-4, seule est exigée la production des justifications complémentaires relatives aux périodes d'hospitalisation éventuelle.

### **Article R351-18**

Lorsque, en application du quatrième alinéa de l'article L. 161-21, les cotisations afférentes aux périodes définies au premier alinéa de cet article sont remboursées, lesdites périodes sont validées dans le régime général de sécurité sociale dans les limites fixées à l'article R. 351-15, sauf si cette validation incombe, en vertu de l'article R. 173-18, à un autre régime obligatoire d'assurance vieillesse.

## **Article R351-19**

Les cotisations d'assurance vieillesse rachetées en application de l'article L. 742-4 et afférentes aux périodes définies au premier alinéa de l'article L. 161-21 sont remboursées aux intéressés quelle que soit la date de leur versement.

Toutefois, lorsque l'intéressé a bénéficié de la révision d'une prestation de vieillesse du fait du rachat de ces cotisations, les suppléments de prestation qu'il a ainsi obtenus sont déduits des sommes remboursées en application de l'alinéa premier du présent article.

## **Article R351-20**

Les cotisations versées au titre du rachat et afférentes à des périodes qui ne sont pas susceptibles d'être validées en application du premier alinéa de l'article L. 161-21 restent acquises au régime général de sécurité sociale en vue du calcul des droits à pension correspondants.

## **Section 3 : Pension pour inaptitude au travail.**

### **Article R351-21**

La définition contenue dans l'article L. 351-7 est applicable à l'inaptitude au sens des articles L. 351-8, L. 357-10 et L. 357-14 et de l'article R. 351-31.

Le taux d'incapacité de travail prévu à l'article L. 351-7 est fixé à 50 %.

Pour apprécier si le requérant n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé, il est tenu compte, lorsque l'intéressé n'exerce aucune activité professionnelle au moment de sa demande, de la dernière activité exercée au cours des cinq années antérieures. Au cas où aucune activité professionnelle n'a été exercée durant cette période, l'inaptitude au travail est appréciée exclusivement par référence à la condition d'incapacité de travail de 50 % médicalement constatée compte tenu des aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle.

La procédure de reconnaissance de l'inaptitude est, dans tous les cas, celle qui est prévue à l'article R. 351-22 ci-après.

### **Article R351-22**

L'inaptitude au travail définie par l'article L. 351-7 est appréciée par la caisse chargée de la liquidation des droits à prestations de vieillesse.

A l'appui de la demande de prestation formulée par l'assuré au titre de l'inaptitude au travail, sont produits :

1°) un rapport médical, dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, sur lequel le médecin traitant mentionne ses constatations relatives à l'état de santé du requérant ainsi que son avis sur le degré d'incapacité de travail de celui-ci, compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle.

Le rapport du médecin traitant est accompagné des renseignements fournis par l'intéressé à l'appui de sa demande, et notamment des indications relatives aux diverses activités exercées par lui dans le passé et à sa situation pendant la période de guerre.

Ce rapport doit être placé sous enveloppe fermée portant le mot "confidentiel", précisant les références nécessaires à l'identification de la demande et mentionnant qu'elle est destinée au médecin conseil chargé du contrôle médical de la caisse intéressée. Elle sera adressée aux services administratifs de la caisse et transmise fermée au médecin conseil ;

2°) pour ceux des requérants qui relèvent de la médecine du travail, une fiche établie par le médecin du travail compétent en raison du contrat de travail liant le requérant à son entreprise et dont le modèle est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du travail. Cette fiche comporte, en vue de l'appréciation de la première condition prévue à l'article L. 351-7, la description de l'état pathologique du requérant en tant qu'il a une incidence sur son aptitude au travail et la mention de celles des exigences particulières du poste et des conditions de travail de l'intéressé qui sont de nature à comporter un risque grave pour sa santé.

Ce document doit être placé sous enveloppe fermée portant le mot "confidentiel", précisant les références nécessaires à l'identification de la demande et mentionnant qu'elle est destinée au médecin conseil chargé du contrôle médical de la caisse intéressée. Elle sera adressée aux services administratifs de la caisse et transmise fermée au médecin conseil.

Dans le cas où cette pièce n'est pas parvenue au médecin conseil dans le délai d'un mois suivant la date à laquelle le médecin du travail a été saisi, il est procédé à l'examen de la demande compte tenu des autres éléments d'appréciation figurant au dossier.

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension de retraite subordonnée à l'appréciation de l'état de santé de l'intéressé pour inaptitude au travail et de ses accessoires vaut décision de rejet.

## **Section 4 : Dispositions propres à certaines catégories d'assurés**

### **Article R351-23**

Pour bénéficier des dispositions du 4° de l'article L. 351-8, les mères de famille salariées qui ont élevé au moins trois enfants dans les conditions prévues à l'article R. 342-2, doivent :

1°) d'une part, avoir accompli trente années d'assurance dans le régime général ou dans ce régime et celui des salariés agricoles ;

2°) d'autre part, avoir exercé pendant au moins cinq ans, au cours des quinze dernières années précédant leur demande de liquidation de pension, un travail manuel ouvrier.

Est considéré comme travail manuel ouvrier toute activité salariée classée dans la catégorie ouvrière par référence aux classifications professionnelles annexées à la convention collective de travail applicable à l'employeur de l'intéressée.

En tout état de cause, est considéré comme ouvrier tout emploi répondant simultanément aux conditions suivantes :

1°) rémunération sur la base d'un tarif horaire (taux de base de rémunération au rendement ou rémunération au temps) ou bénéficiaire d'un accord de mensualisation ;

2°) affectation permanente et effective à l'un des travaux suivants :

a. travaux de fabrication et traitements industriels ;

b. travaux d'entretien et de réparation des constructions, installations et machines ;

c. travaux de fourniture d'énergie et des fluides nécessaires au fonctionnement des installations et machines ;

d. travaux de manutention, de conditionnement et de transport ;

e. travaux du bâtiment et des travaux publics.

## **Article R351-24**

L'assurée qui demande la liquidation de sa pension de vieillesse au titre du 4° de l'article L. 351-8 doit justifier de la nature et de la durée de l'activité dont l'exercice est susceptible de lui ouvrir droit au bénéfice de cette disposition, en produisant, à l'appui de sa demande, une attestation de l'employeur ou des employeurs qui l'ont occupée pendant la période considérée.

Si l'employeur ne peut être retrouvé ou si ses archives ont été détruites, une déclaration sur l'honneur de la requérante peut suppléer à l'attestation de l'employeur.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe le modèle d'attestation de l'employeur ainsi que les pièces justificatives dont la déclaration de l'assurée doit être accompagnée.

Lorsque les documents produits par l'assurée ne lui permettent pas de se prononcer, la caisse demande l'avis du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi compétent en raison du lieu où la requérante a exercé son activité.

Dans le cas où cet avis n'est pas parvenu à la caisse dans le délai d'un mois suivant la date à laquelle

le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi a été saisi, la caisse prend sa décision en fonction de l'ensemble des éléments d'appréciation dont elle dispose.

### **Article R351-24-1**

L'identité des lésions invoquées au titre d'un accident du travail avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle est appréciée dans les conditions prévues au I de l'article L. 351-1-4 par référence à une liste établie par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction des indications figurant dans les tableaux de maladies professionnelles mentionnés à l'article L. 461-2 et annexés au présent code ainsi qu'au code rural et de la pêche maritime, des maladies professionnelles reconnues au titre du quatrième alinéa de l'article L. 461-1 et du barème indicatif d'invalidité des maladies professionnelles mentionné à l'article R. 434-32.

### **Article R351-24-2**

Pour l'application du 1° bis de l'article L. 351-8, la durée minimale d'interruption de l'activité professionnelle est d'au moins trente mois consécutifs. Est assimilée à la fonction d'aidant familial, définie à l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles, la fonction de tierce personne prévue au 2° de l'article R. 245-3 de ce code dans sa rédaction antérieure à la publication du décret n° 2005-1588 du 19 décembre 2005 relatif à la prestation de compensation à domicile pour les personnes handicapées et modifiant le code de l'action sociale et des familles et le code de la sécurité sociale, remplie auprès d'une personne bénéficiant de l'allocation régie par cet article.

### **Article R351-24-3**

Sont considérés comme handicapés, pour l'application du 1° ter de l'article L. 351-8, les assurés dont l'incapacité permanente est supérieure au pourcentage prévu pour l'application de l'article L. 821-2.

La condition d'incapacité permanente mentionnée ci-dessus est appréciée dans les conditions prévues au titre IV du livre II du code de l'action sociale et des familles.

## **Section 5 : Taux et montant de la pension.**

### **Article R351-25**

En application de l'article L. 351-10-1, l'assuré ne peut bénéficier de la majoration prévue à l'article L. 351-10 avant la date qu'il a fixée, lors de sa demande de liquidation auprès des organismes redevables, pour l'entrée en jouissance de l'ensemble des pensions personnelles auxquelles il peut prétendre. Dans le cas où l'assuré ne remplit pas les conditions d'attribution d'une ou plusieurs de ses pensions à la date pour laquelle il demande le bénéfice de la majoration, il en apporte la preuve par tous moyens. La majoration est alors calculée sans tenir compte de ces pensions jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel ces conditions d'attribution sont remplies.

### **Article R351-26**

Lorsque le montant annuel de la pension de vieillesse à laquelle l'assuré pourrait prétendre, y compris le cas échéant les avantages complémentaires, est inférieur à 175 F, la pension ne peut être servie. Elle est remplacée par un versement forfaitaire unique, égal à quinze fois ce montant.

Ce versement est effectué à la date à laquelle l'assuré aurait perçu les premiers arrérages de sa pension.

Il met obstacle à l'ouverture de nouveaux droits à l'assurance vieillesse résultant d'une activité postérieure à la date à laquelle le compte de l'assuré a été arrêté pour déterminer le montant de la pension.

L'assuré qui bénéficie du versement forfaitaire a la qualité de pensionné.

Toutefois, cet alinéa demeure applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon dans sa rédaction antérieure à celle issue du présent décret.

La somme de 175 F mentionnée au premier alinéa du présent article est applicable à la date du 1er juillet 1974. Elle est revalorisée en appliquant les coefficients fixés, pour la revalorisation des pensions, par les arrêtés prévus à l'article L. 351-11.

## **Article R351-27**

I.-Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et de l'article L. 351-8, le taux applicable au salaire annuel de base est déterminé selon les modalités suivantes ;

1°) pour les assurés qui justifient dans le régime général ou dans ce régime et un ou plusieurs autres régimes de base obligatoires, de périodes d'assurance et de périodes reconnues équivalentes, telles que définies aux articles R. 351-3 et R. 351-4, d'une durée au moins égale à une limite, le taux applicable à leur salaire annuel de base est le " taux plein ", soit 50 %.

Bénéficient également du " taux plein ", même si elles ne justifient pas de la durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée à l'alinéa précédent, les catégories de personnes mentionnées à l'article L. 351-8 ;

La limite prévue au premier alinéa du présent 1° est celle résultant de l'article 5 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Pour les assurés nés avant le 1er janvier 1949, cette limite est fixée à 160 trimestres ;

2°) pour les assurés qui ne relèvent pas des dispositions du 1° ci-dessus, le taux applicable à leur salaire annuel de base est déterminé à partir du " taux plein " auquel est appliqué un coefficient de minoration qui est fonction soit du nombre de trimestres correspondant à la durée séparant l'âge auquel leur pension prend effet de leur soixante-cinquième anniversaire, s'ils remplissent les conditions prévues au 1° bis ou 1° ter de l'article L. 351-8 ou au III ou IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites ou, dans le cas contraire, de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8, soit du nombre de trimestres supplémentaires qui leur serait nécessaire, à la date d'effet de leur pension, pour relever de la première phrase du 1° ci-dessus ; le nombre de trimestres correspondant est éventuellement arrondi au chiffre immédiatement supérieur.



Le plus petit de ces deux nombres est pris en considération.

Pour chaque trimestre ainsi retenu, le coefficient de minoration à appliquer au " taux plein " est 2,5 % pour les pensions ayant pris effet avant le 1er janvier 2004.

II.-En ce qui concerne les pensions prenant effet postérieurement au 31 décembre 2003, le coefficient de minoration à appliquer au " taux plein " est fixé à :

2,5 % pour l'assuré né avant le 1er janvier 1944 ;

2,375 % pour l'assuré né en 1944 ;

2,25 % pour l'assuré né en 1945 ;

2,125 % pour l'assuré né en 1946 ;

2 % pour l'assuré né en 1947 ;

1,875 % pour l'assuré né en 1948 ;

1,75 % pour l'assuré né en 1949 ;

1,625 % pour l'assuré né en 1950 ;

1,5 % pour l'assuré né en 1951 ;

1,375 % pour l'assuré né en 1952 ;

1,25 % pour l'assuré né après 1952.

## **Article R351-29**

I.-Pour l'application de l'article L. 351-1, et sous réserve des dispositions des articles R. 173-4-3 et R. 351-29-1 le salaire servant de base au calcul de la pension est le salaire annuel moyen correspondant aux cotisations permettant la validation d'au moins un trimestre d'assurance selon les règles définies par l'article R. 351-9 et versées au cours des vingt-cinq années civiles d'assurance accomplies postérieurement au 31 décembre 1947 dont la prise en considération est la plus avantageuse pour l'assuré.

Les salaires exonérés de cotisations entre le 1er avril et le 31 décembre 1987 en application de l'article L. 241-10 entrent en compte, s'il y a lieu, dans la détermination du salaire servant de base au calcul de la pension. Le salaire servant de base au calcul de la pension est celui correspondant, pour chaque année prise en compte, aux cotisations versées par le salarié au titre des gains et rémunérations perçus au cours de cette année, sans que ce salaire puisse excéder, le cas échéant tous emplois confondus, le montant du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 en vigueur au cours de cette année. Les indemnités journalières mentionnées au 2° de l'article L. 330-1 sont assimilées à un salaire au sens du présent alinéa et prises en compte à hauteur de 125 % de leur montant.

Lorsque l'assuré ne justifie pas de vingt-cinq années civiles d'assurance postérieurement au 31 décembre 1947, les années antérieures sont prises en considération en remontant à partir de cette date jusqu'à concurrence de vingt-cinq années pour la détermination du salaire de base.

Les salaires annuels pris en considération pour déterminer le salaire de base sont les salaires

revalorisés par application des dispositions mentionnées à l'article L. 351-11.

Les arrêtés mentionnés à l'article L. 351-11 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Ne sont pas prises en compte pour la détermination du salaire annuel moyen défini au présent article les années comprenant une période au titre de laquelle un versement de cotisations a été effectué en application de l'article L. 351-14-1 ou en application, en ce qui concerne des demandes de rachat déposées à compter du 1er janvier 2011, des articles L. 351-14 ou L. 742-2.

II.-Les caisses primaires assurant le service des indemnités journalières mentionnées au 2° de l'article L. 330-1 fournissent aux caisses chargées de la gestion de l'assurance vieillesse les renseignements permettant de prendre en compte, pour la détermination du salaire servant de base au calcul de la pension, les indemnités journalières mentionnées au deuxième alinéa du I.

### **Article R351-29-1**

I. - Les durées de vingt-cinq années fixées aux premier et troisième alinéas de l'article R. 351-29 sont applicables aux assurés nés après 1947, quelle que soit la date d'effet de leur pension.

II. - Le nombre d'années mentionné aux premier et troisième alinéas de l'article R. 351-29 est de :

Dix années pour l'assuré né avant le 1er janvier 1934 ;

Onze années pour l'assuré né en 1934 ;

Douze années pour l'assuré né en 1935 ;

Treize années pour l'assuré né en 1936 ;

Quatorze années pour l'assuré né en 1937 ;

Quinze années pour l'assuré né en 1938 ;

Seize années pour l'assuré né en 1939 ;

Dix-sept années pour l'assuré né en 1940 ;

Dix-huit années pour l'assuré né en 1941 ;

Dix-neuf années pour l'assuré né en 1942 ;

Vingt années pour l'assuré né en 1943 ;

Vingt et une années pour l'assuré né en 1944 ;

Vingt-deux années pour l'assuré né en 1945 ;

Vingt-trois années pour l'assuré né en 1946 ;

Vingt-quatre années pour l'assuré né en 1947.

## **Section 6 : Majorations pour enfants - Majorations pour conjoint à charge - Autres majorations.**

### **Article R351-30**

La majoration prévue à l'article L. 351-12 est applicable lorsque le bénéficiaire a eu au moins trois enfants. Elle est égale à 10 % du montant de la pension.

La majoration est due à la date d'entrée en jouissance de la pension si, à cette date, les conditions d'attribution sont remplies. Dans le cas contraire, elle est due à compter du premier jour du mois suivant la date à laquelle ces conditions sont remplies.

## **Section 7 : Liquidation - Entrée en jouissance.**

### **Article R351-34**

Les demandes de liquidation de pension sont adressées à la caisse chargée de la liquidation des droits à prestations de vieillesse dans le ressort de laquelle se trouve la résidence de l'assuré ou, en cas de résidence à l'étranger, le dernier lieu de travail de l'assuré, dans les formes et avec les justifications déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et, en ce qui concerne les demandes présentées pour inaptitude, par l'article R. 351-22.

Toutefois, est recevable la demande adressée à une caisse autre que celle de la résidence de l'assuré. Dans ce cas, c'est la caisse saisie qui est chargée de l'étude et de la liquidation des droits.

La caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg a compétence exclusive pour recevoir la demande, procéder à l'étude et à la liquidation des droits et servir la pension lorsque l'assuré réside dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle ou lorsque, résidant hors de ces départements, le bénéficiaire relève du régime local d'assurance maladie en vertu des 9°, 10° et 11° du II de l'article L. 325-1.

Il est donné au requérant récépissé de cette demande et des pièces qui l'accompagnent.

### **Article R351-35**

Les caisses chargées de la liquidation des prestations vieillesse des travailleurs salariés examinent les droits des assurés, compte tenu des dispositions des articles L. 351-2 et L. 351-3.

### **Article R351-36**

Les caisses chargées de la liquidation des droits au titre de l'assurance vieillesse fixent le montant soit de la pension à attribuer à l'assuré, soit du versement forfaitaire unique prévu à l'article L. 351-9.

La rente forfaitaire d'assurances sociales égale à 10 % du montant des cotisations d'assurance vieillesse afférentes à la période antérieure au 1er janvier 1941 est incluse dans la pension de vieillesse.

### **Article R351-37**

I.-Chaque assuré indique la date à compter de laquelle il désire entrer en jouissance de sa pension, cette date étant nécessairement le premier jour d'un mois et ne pouvant être antérieure au dépôt de la demande. Si l'assuré n'indique pas la date d'entrée en jouissance de sa pension, celle-ci prend effet le premier jour du mois suivant la réception de la demande par la caisse chargée de la liquidation des droits à pension de vieillesse.

II.-L'entrée en jouissance de la pension allouée pour inaptitude au travail ne peut être fixée à une date antérieure au premier jour du mois suivant la date à partir de laquelle l'inaptitude a été reconnue.

III.-L'assuré qui demande à bénéficier des dispositions de l'article L. 351-1-4 en fait la demande auprès de la caisse chargée de la liquidation de sa pension de retraite. Il en est accusé réception.

Cette demande est accompagnée de la notification de rente prévue à l'article R. 434-32 et la notification de la date de consolidation prévue à l'article R. 433-17. Elle comporte en outre, s'il y a lieu, les modes de preuve mentionnés au dernier alinéa du III de l'article L. 351-1-4.

Lorsque la demande de pension de retraite est présentée par un assuré victime d'un accident du travail, la caisse saisit l'échelon régional du service médical dont relève l'assuré au moment du dépôt de sa demande de pension de retraite ou, si l'assuré réside à l'étranger, l'échelon régional du service médical du lieu d'implantation de la caisse chargée de la liquidation de la pension de retraite. L'identité des lésions dont souffre l'assuré avec celles figurant sur la liste prévue à l'article R. 351-24-1 est appréciée par un médecin-conseil du service médical au vu notamment des conclusions médicales figurant sur la notification de rente. Si le médecin-conseil ne reconnaît pas

l'identité des lésions avec celles figurant sur cette liste, la caisse notifie à l'assuré le rejet de sa demande de pension de retraite.

Lorsque la demande de pension de retraite relève des dispositions du 1° du III de l'article L. 351-1-4, la caisse saisit, le cas échéant après accomplissement de la procédure prévue à l'alinéa précédent, la commission pluridisciplinaire.

Dans les cas prévus aux deux alinéas précédents, le silence gardé pendant plus de quatre mois par la caisse vaut décision de rejet.

## **Section 8 : Rachat.**

### **Article R351-37-1**

Sont admis, s'ils le demandent, à opérer des versements de rachat pour l'assurance vieillesse au titre du régime général de sécurité sociale des salariés pour la période postérieure au 30 juin 1930 :

- a) Les personnes mentionnées aux articles L. 311-2 et L. 311-3 pour la période antérieure à la date à laquelle leur affiliation à l'assurance a été rendue obligatoire ;
- b) Les salariés mentionnés à l'article L. 751-1 pour les périodes antérieures au 1er avril 1948 ;
- c) Les personnes ayant exercé une activité salariée non agricole dans les départements d'Algérie et du Sahara pour les périodes antérieures à la date d'effet des dispositions législatives ou réglementaires relatives au régime d'assurance vieillesse auquel leur affiliation a été rendue obligatoire ;
- d) Les personnes dont l'affiliation à l'assurance a été rendue obligatoire par des dispositions législatives ou réglementaires intervenues postérieurement au 13 juillet 1962.

### **Article R351-37-2**

Les personnes mentionnées à l'article R. 351-37-1 doivent présenter leur demande de rachat dans le délai de dix ans à compter de la date d'effet de leur immatriculation à l'assurance obligatoire.

Les demandes de rachat doivent être présentées dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale aux organismes suivants :

- a) Pour les personnes déjà titulaires d'une prestation de vieillesse dans le régime général, à l'organisme qui a liquidé cette prestation ;
- b) Pour les personnes déjà autorisées dans le régime général à racheter des cotisations ou à valider

gratuitement des périodes de carrière algérienne ou des périodes définies au premier alinéa de l'article L. 161-21, à l'organisme auprès duquel la première demande a été instruite ;

c) Pour les personnes résidant en France et n'entrant pas dans le champ des dispositions précédentes, à la caisse chargée du risque vieillesse du lieu de résidence de ces personnes ;

d) Pour les personnes résidant à l'étranger et n'entrant pas dans le champ des dispositions prévues aux a ou b ci-dessus, les demandes sont adressées à la caisse chargée du risque vieillesse de leur choix.

Pour les personnes dont le dernier lieu de travail se trouvait soit dans la région parisienne, soit dans les départements d'Algérie et du Sahara, la demande doit être présentée à la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

Lorsque les intéressés sont déjà titulaires d'une prestation de vieillesse, leur demande doit être présentée à la caisse qui a liquidé cette prestation.

Ces organismes sont compétents pour l'encaissement des cotisations de rachat.

### **Article R351-37-5**

Le montant des cotisations dues au titre du rachat est égal à celui des cotisations prévues au premier alinéa de l'article L. 351-14-1.

Pour les assurés âgés de soixante-sept ans ou plus à la date de présentation de leur demande de rachat, le montant des cotisations est égal au montant des cotisations prévues par le premier alinéa de l'article L. 351-14-1 pour les assurés âgés de soixante-deux ans, diminué de 2,5 % par année révolue au-delà de cet âge.

### **Article R351-37-6**

Le versement des cotisations dues peut être échelonné dans les mêmes conditions que pour le versement des cotisations prévues à l'article L. 351-14-1. Il peut être mis fin au versement dans les mêmes conditions que le versement des cotisations prévues à l'article L. 351-14-1.

### **Article R351-37-7**

La demande de rachat ne peut concerner des périodes d'activité salariée postérieures à la date d'entrée en jouissance d'une prestation de vieillesse.

### **Article R351-37-8**

Les droits des personnes qui demandent le bénéfice de l'article L. 351-14 sont liquidés suivant les règles en vigueur dans le régime général à la date d'entrée en jouissance de la pension.

### **Article R351-37-9**

Les assurés peuvent obtenir la liquidation de leurs droits à l'assurance vieillesse à compter, au plus tôt, du premier jour du mois suivant la date de dépôt de leur demande de rachat, sous réserve que leur demande de prestation de vieillesse ait été formulée dans les six mois suivant la date à laquelle leur aura été notifiée la décision faisant droit à leur demande de rachat.

### **Article R351-37-10**

En cas de demande de rachat formulée par une personne déjà titulaire d'une prestation de vieillesse, celle-ci est révisée, avec effet au premier jour du mois civil suivant la date de la demande de rachat, compte tenu des périodes validées au titre de rachat, dans la limite du nombre maximum de trimestres susceptibles d'être pris en compte à la date d'entrée en jouissance initiale de cette prestation.

### **Article R351-37-11**

La mise en paiement des pensions est ajournée jusqu'au moment où le versement des cotisations de rachat est terminé.

## **Section 9 : Dispositions diverses.**

### **Article R351-38**

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1, les caisses et services gestionnaires des régimes de base obligatoires d'assurance vieillesse communiquent aux caisses du régime général de sécurité sociale chargées de la liquidation des droits à pension de vieillesse qui leur en ont fait la demande, un relevé mentionnant le nombre total de trimestres d'assurance ou d'activité pris en compte pour le calcul de la pension et, le cas échéant, de trimestres reconnus équivalents ainsi que le décompte de ce nombre par année civile.

Ces périodes décomptées suivant les règles propres à chacun des régimes susvisés sont prises en compte, telles qu'indiquées, par les caisses chargées de la liquidation de la pension de vieillesse prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1.

## **Section 10 : Retraite progressive.**

### **Article R351-39**

La durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au 2° de l'article L. 351-15 est fixée à 150 trimestres.

### **Article R351-40**

L'assuré qui demande la liquidation de sa pension de vieillesse et le service d'une fraction de celle-ci en application de l'article L. 351-15 produit à l'appui de sa demande :

1° Le contrat de travail à temps partiel, établi conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 212-4-3 du code du travail, en cours d'exécution à la date d'entrée en jouissance de la pension de vieillesse ;

2° Une déclaration sur l'honneur attestant qu'il n'exerce plus aucune autre activité professionnelle que celle qui fait l'objet du contrat de travail mentionné au 1°, accompagnée, lorsqu'il exerçait une ou plusieurs activités non salariées, des attestations ou certificats suivants :

a) Un certificat de radiation du registre du commerce et des sociétés, du répertoire des métiers ou du registre des entreprises des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, ou un certificat de cessation d'activité du chef d'entreprise délivré par la chambre des métiers ;

b) Une attestation de radiation du tableau de l'ordre professionnel dont il relevait ;

c) Une attestation de radiation des rôles de la taxe professionnelle ;

d) Une attestation de radiation du répertoire national des agents commerciaux ;

e) Une attestation de cessation d'activité délivrée par la caisse de mutualité sociale agricole à laquelle il était affilié en qualité de personne non salariée des professions agricoles.

3° Une attestation de l'employeur faisant apparaître la durée du travail à temps complet applicable à l'entreprise.



Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe le modèle de la déclaration sur l'honneur prévue au 2° du premier alinéa et de l'attestation de l'employeur au 3° du même alinéa.

### **Article R351-41**

La fraction de pension de vieillesse servie en application de l'article L. 351-15 est fixée à :

1° 30 % lorsque la durée de travail à temps partiel est au plus égale à 80 % et au moins égale à 60 % de la durée de travail à temps complet ;

2° 50 % lorsque la durée de travail à temps partiel est inférieure à 60 % et au moins égale à 40 % de la durée de travail à temps complet ;

3° 70 % lorsque la durée de travail à temps partiel est inférieure à 40 % de la durée de travail à temps complet.

### **Article R351-42**

En cas de modification de la durée de travail à temps partiel ayant une incidence sur la fraction de pension à laquelle peut prétendre l'assuré, celle-ci est modifiée à l'issue d'une période d'un an à compter de la date d'entrée en jouissance de la pension de vieillesse ; elle est éventuellement modifiée à l'issue de chaque période annuelle en cas de nouvelle modification de la durée de travail à temps partiel.

La modification de la fraction de pension prend effet au premier jour du mois suivant la fin de la dernière période annuelle écoulée.

A l'issue de chaque période d'un an, l'assuré doit justifier de sa durée de travail à temps partiel.

Lorsque le contrat de travail expire moins d'un an après la date d'entrée en jouissance de la pension, l'assuré doit justifier à nouveau de sa situation à la date d'expiration du contrat.

### **Article R351-43**

L'assuré est tenu de faire connaître à la caisse assurant le service de la fraction de pension :

1° La cessation de son activité ;

2° L'exercice d'une activité à temps partiel autre que celle qui lui ouvre droit au service de la fraction de pension ;

3° L'exercice d'une activité à temps complet.

La suppression de la pension à laquelle il est procédé en application de l'article L. 351-16 prend effet au premier jour du mois suivant celui au cours duquel est intervenue la cessation ou la modification de l'activité professionnelle.

## **Article R351-44**

Les caisses chargées de la liquidation des droits à prestations de vieillesse communiquent aux caisses gestionnaires des régimes de base obligatoires d'assurance vieillesse mentionnés au 2° du premier alinéa de l'article L. 351-15 :

1° La date d'entrée en jouissance de la pension de vieillesse liquidée en application de l'article L. 351-15 ;

2° Le taux de la fraction de pension servie à l'assuré et ses éventuelles modifications ;

3° La date d'interruption du service de la fraction de pension lorsque celui-ci est supprimé en application du premier alinéa de l'article L. 351-16 ;

4° La date d'effet du service de la pension complète.

## **Chapitre 2 : Service des pensions de retraite.**

## **Chapitre 3 : Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de réversion.**

### **Article R353-1**

La pension de réversion est attribuée lorsque le conjoint de l'assuré décédé ou disparu ne dispose pas de ressources dépassant un montant fixé par décret. Ces ressources sont appréciées selon les modalités et dans les conditions fixées par les articles R. 815-18 à R. 815-20, R. 815-22 à R. 815-25, R. 815-27 et au deuxième alinéa de l'article R. 815-29. Toutefois, elles ne comprennent pas :

1° Les revenus d'activité et de remplacement de l'assuré décédé ;

2° Les avantages de réversion servis par les régimes légalement obligatoires complémentaires aux régimes de base mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 621-3 du présent code et à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime ;

3° Les revenus des biens mobiliers et immobiliers acquis du chef du conjoint décédé ou disparu ou en raison de ce décès ou de cette disparition.

Les revenus d'activité du conjoint survivant font l'objet d'un abattement de 30 % s'il est âgé de 55 ans ou plus.

Les ressources à prendre en compte lors de la demande sont celles afférentes aux trois mois civils précédant la date d'effet de la pension de réversion. Lorsqu'elles excèdent le quart du plafond applicable en vertu du premier alinéa de l'article L. 353-1, il leur est substitué celles afférentes aux douze mois civils précédant cette date, qui sont alors comparées au montant annuel de ce plafond.

### **Article R353-1-1**

La pension de réversion est révisable en cas de variation dans le montant des ressources, calculé en application des dispositions de l'article R. 353-1, dans les conditions et selon les modalités fixées aux articles R. 815-20, R. 815-38, R. 815-39 et R. 815-42. La date de la dernière révision ne peut être postérieure :

- a) A un délai de trois mois après la date à laquelle le conjoint survivant est entré en jouissance de l'ensemble des avantages personnels de retraite de base et complémentaire lorsqu'il peut prétendre à de tels avantages ;
- b) A la date à laquelle il atteint l'âge prévu par l'article L. 161-17-2, lorsqu'il ne peut pas prétendre à de tels avantages.

### **Article R353-2**

La majoration prévue aux articles L. 353-1 et L. 353-3 est égale à 10 % de la pension.

La majoration prévue à l'article L. 353-1 ne peut être inférieure au dixième du montant minimum de la pension de réversion.

### **Article R353-3**

Pour déterminer le montant de la pension principale servant de base au calcul de la pension de réversion, dans le cas où l'assuré n'était pas titulaire d'une pension de vieillesse ou d'une rente à la date de son décès et que toutes les conditions de détermination de cette pension ou rente ne sont pas fixées, il est fait application des dispositions applicables aux personnes atteignant leur cinquante-septième anniversaire l'année au cours de laquelle l'assuré est décédé.

### **Article R353-4**

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 353-3, la durée de chaque mariage est déterminée de date à date et arrondie au nombre de mois inférieur.

Lorsque le conjoint survivant et le ou les précédents conjoints divorcés ne réunissent pas tous à la même date les conditions d'attribution de la pension de réversion fixées par l'article R. 353-1, les parts de pension de réversion qui leur sont respectivement dues sont déterminées lors de la liquidation des droits du premier d'entre eux qui en fait la demande ; ces parts de pensions de réversion sont ensuite liquidées au fur et à mesure que les intéressés justifient qu'ils réunissent les conditions susrappelées.

Si, après plusieurs divorces, l'assuré décède sans laisser de conjoint survivant, la pension de réversion doit être partagée, dans les conditions susrappelées, entre ses précédents conjoints divorcés.

Au décès du conjoint survivant ou d'un conjoint divorcé, sa part accroîtra la part de l'autre ou, s'il y a lieu, des autres, à compter du premier jour du mois suivant le décès.

### **Article R353-6**

Lorsque le pensionné ou le titulaire de droits à une pension décède antérieurement à l'âge fixé au 1° de l'article L. 351-8, la pension de réversion du conjoint survivant ou du conjoint divorcé est calculée en fonction du montant de la pension qui aurait été allouée au de cujus au titre de l'inaptitude au travail.

### **Article R353-7**

Le conjoint survivant indique la date à compter de laquelle il désire entrer en jouissance de la pension de réversion, sous réserve des conditions suivantes :

1° Cette date est nécessairement le premier jour d'un mois ;

2° Elle ne peut pas être antérieure au premier jour du mois suivant lequel il remplit la condition d'âge prévue à l'article L. 353-1 ;

3° Elle ne peut pas être antérieure au dépôt de la demande. Toutefois :

a) Lorsque la demande est déposée dans le délai d'un an qui suit le décès, la date d'entrée en jouissance peut être fixée au plus tôt au premier jour du mois qui suit le décès ;

b) Lorsque la demande est déposée dans le délai d'un an suivant la période de douze mois écoulée depuis la disparition, la date d'entrée en jouissance peut être fixée au plus tôt au premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assuré a disparu.

La caisse chargée de la liquidation de la pension de réversion informe le demandeur de son droit à fixer une date d'entrée en jouissance de sa pension et s'il satisfait aux conditions mentionnées aux a ou b du 3°. A défaut d'exercice de ce droit, la date d'entrée en jouissance est fixée au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande sous réserve de la condition mentionnée au 2°.

## **Article R353-8**

Le délai d'un an prévu par l'article L. 353-2 en cas de disparition court à dater soit de la première échéance non acquittée lorsque le disparu était titulaire d'une pension, soit, dans le cas contraire, du jour de la déclaration de la disparition aux autorités de police.

La demande de pension formée par le conjoint est appuyée de procès-verbaux de police et autres pièces relatant les circonstances de la disparition.

En cas de réapparition de l'assuré, la pension liquidée à titre provisoire au profit de son conjoint par application de l'article L. 353-2 est annulée à compter de son entrée en jouissance et les arrérages perçus doivent être reversés à la caisse, sous réserve de l'application de l'article L. 355-3.

## **Article R353-9**

Pour bénéficier de la majoration de la pension de réversion instituée par l'article L. 353-5, le conjoint au sens des articles L. 353-1 à L. 353-3 ne doit pas avoir atteint l'âge prévu par le 1° de l'article L. 351-8.

L'âge limite de l'enfant à charge est celui qui résulte de l'application des dispositions de l'article R. 313-12.

## **Article R353-10**

La majoration est due à la date d'entrée en jouissance de la pension de réversion si, à cette date, les conditions d'ouverture du droit à cette majoration sont remplies ou à compter du premier jour du mois suivant la date à laquelle ces conditions sont satisfaites.

La majoration est supprimée le premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assuré cesse d'y avoir droit.

Les intéressés sont tenus de faire connaître les changements intervenus dans leur situation de famille.

## **Article R353-11**

Le montant mensuel de la majoration de pension de réversion instituée par l'article L. 353-5 est fixé à 400 F au 1er janvier 1988 \*date\*; les coefficients de revalorisation mentionnés au 2° de l'article L. 351-11 lui sont applicables.

## **Article R353-12**

Pour l'attribution de la majoration de pension de réversion prévue à l'article L. 353-6, les avantages personnels de retraite et de réversion servis par les régimes légaux ou rendus obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que par les régimes des organisations internationales du conjoint de l'assuré décédé ou disparu sont appréciés selon les modalités et dans les conditions fixées par les articles R. 815-18 à R. 815-20, R. 815-22 et au deuxième alinéa de l'article R. 815-29.

Les avantages personnels de retraite et de réversion à prendre en compte pour l'attribution de la majoration sont ceux afférents aux trois mois civils précédant sa date d'effet. Lorsque l'addition de ces avantages et du montant de la majoration sur trois mois ainsi que, dans les cas où elle prend effet en même temps que la majoration, du montant de la pension de réversion sur trois mois excède le plafond fixé par le décret prévu au premier alinéa de l'article L. 353-6, la majoration est réduite à due concurrence du dépassement.

## **Article R353-13**

La majoration de pension de réversion est due à compter du premier jour du mois suivant la date à laquelle les conditions d'attribution mentionnées à l'article L. 353-6 sont remplies.

La majoration de pension de réversion peut être révisée lorsque le montant des avantages personnels de retraite et de réversion perçus a varié par rapport au montant calculé selon les modalités prévues à l'article R. 353-12. Aucune révision ne peut plus intervenir :

1° Après l'expiration d'un délai de trois mois à partir de la date à laquelle le conjoint survivant est entré en jouissance de l'ensemble des avantages personnels de retraite de base et complémentaire auxquels il peut prétendre ;

2° Après la date à laquelle il atteint l'âge prévu par le 1° de l'article L. 351-8 lorsqu'il ne peut prétendre à de tels avantages.

## **Article R353-14**

En application de l'article L. 353-6, le conjoint survivant ne peut bénéficier de la majoration de pension de réversion avant la date d'entrée en jouissance qu'il a fixée, lors de sa demande de liquidation auprès des organismes redevables, pour l'ensemble des pensions personnelles et de réversion auxquelles il peut prétendre. Dans le cas où il ne remplit pas les conditions d'attribution d'une ou plusieurs de ses pensions à la date pour laquelle il demande le bénéfice de la majoration, il en apporte la preuve par tous moyens. La majoration est alors calculée sans tenir compte de ces pensions jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel ces conditions d'attribution sont remplies.

## **Chapitre 4 : Modalités de la demande de pension de réversion.**

## **Article R354-1**

Les personnes qui sollicitent le bénéfice des avantages de réversion prévus aux articles L. 353-1 et L. 353-2 adressent à la caisse ou à l'une des caisses ayant liquidé les droits à pension du de cujus la demande mentionnée à l'article R. 173-4-1. Lorsque les droits n'ont pas été liquidés, la demande est adressée à la caisse compétente dans le ressort de laquelle se trouve la résidence de la personne intéressée, cette caisse étant celle du régime de son choix si le de cujus avait relevé de plusieurs régimes. En cas de résidence à l'étranger ou pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 353-3, l'organisme compétent est celui qui a reçu les derniers versements du de cujus ou qui a liquidé ses droits.

La caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg a compétence exclusive pour recevoir la demande, procéder à l'étude et à la liquidation des droits et servir ces avantages, lorsque le bénéficiaire ou, en cas de partage de ces avantages en application de l'article L. 353-3, l'un des bénéficiaires réside dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle ou lorsque, résidant hors de ces départements, le bénéficiaire ou l'un des bénéficiaires relève du régime local d'assurance maladie en application des 9°, 10° et 11° du II de l'article L. 325-1. Elle est également compétente pour recevoir les demandes tendant à l'attribution des pensions prévues aux articles L. 357-9 et L. 357-10.

Le conjoint survivant et le conjoint divorcé doivent obligatoirement joindre à cette demande la copie de l'acte de naissance de l'assuré.

Lorsque la demande est formée au titre de l'inaptitude au travail, les documents prévus à l'article R. 351-22 doivent y être joints.

Il est donné au requérant récépissé de sa demande et des pièces qui l'accompagnent.

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension de réversion et de ses accessoires vaut décision de rejet.

## **Chapitre 5 : Dispositions communes avec l'invalidité.**

### **Article R355-1**

L'âge avant lequel les conditions d'attribution de la majoration pour tierce personne doivent être remplies, conformément aux dispositions de l'article L. 355-1, est celui prévu au 1° de l'article L. 351-8.

La majoration pour aide constante d'une tierce personne prévue à l'article L. 355-1 est accordée pour son montant intégral si les conditions d'attribution sont remplies, quelle que soit la durée d'assurance accomplie par l'assuré.

Cette majoration est due à la date d'entrée en jouissance de la pension si, à cette date, les conditions d'attribution sont remplies. Dans le cas contraire, elle est due à compter du premier jour du mois suivant la date de réception de la demande de majoration, dès lors que ces conditions sont remplies.

### **Article R355-2**

Les pensions et rentes prévues au titre IV et aux chapitres Ier à IV du titre V du présent livre ainsi que leurs majorations et accessoires sont payables mensuellement et à terme échu aux dates fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R355-3**

Les assurés en instance de liquidation de pension peuvent demander à la caisse primaire d'assurance maladie, à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou à la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg, suivant le cas, le versement d'acomptes sur leurs arrérages.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les conditions d'attribution et de paiement des acomptes.

### **Article R355-4**

La caisse primaire d'assurance maladie, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg, suivant le cas, notifie à l'intéressé sa décision portant soit attribution d'une pension ou rente, soit droit au versement forfaitaire prévu à l'article L. 351-9.

Le décret prévu à l'article L. 256-2 fixe les conditions de délivrance de l'extrait d'inscription, les modalités de paiement des arrérages ainsi que les règles applicables en matière d'opposition.

Il indique également les conditions dans lesquelles est effectué le paiement aux ayants droit de l'assuré des arrérages des pensions ou rentes afférents à la période antérieure à la date du décès de ce dernier.

Les caisses débitrices peuvent opérer d'office et sans formalité les retenues sur les arrérages des pensions, rentes et avantages accessoires pour le recouvrement des sommes payées indûment aux titulaires. Les sommes retenues ne peuvent excéder la fraction saisissable, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 355-2.

### **Article R355-5**



Il est tenu, par les caisses primaires d'assurance maladie, par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et par la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg, un registre sur lequel sont inscrites les pensions et rentes liquidées.

## **Article R355-6**

Les dispositions des articles R. 355-3 à R. 355-5 sont applicables en ce qui concerne les pensions de veuves et de veufs et les pensions de réversion.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 R361-1**

Le capital décès prévu à l'article L. 361-1 est égal à 91,25 fois le gain journalier de base tel qu'il est défini à l'article L. 323-4. Toutefois, pour l'application du septième alinéa de cet article, le plafond pris en compte est celui mentionné à l'article L. 241-3.

###### **Article R361-2**

Le capital attribué au titre de l'assurance décès ne peut être inférieur à 1 % du montant du plafond mentionné à l'article L. 241-3. Il ne peut être supérieur au quart du montant de ce plafond. Il est accordé même en cas de décès survenu soit à la suite d'un accident du travail, soit pendant le service national obligatoire, soit pendant une période d'appel ou de mobilisation, soit au cours d'une période de présence sous les drapeaux comme volontaire en temps de guerre.

###### **Article R361-3**

Pour l'application des articles L. 361-1 à L. 361-4, les conditions requises par l'article L. 313-1 doivent être remplies à la date du décès.

Les titulaires d'une pension de vieillesse sont considérés comme ayant la qualité d'assurés ouvrant droit au capital décès tant qu'ils remplissent les conditions prévues à l'article L. 313-1 précité.

En cas de pluralité de personnes pouvant se prévaloir du droit de priorité prévu au premier alinéa de l'article L. 361-4, le capital est versé par ordre de préférence au conjoint ou au partenaire d'un pacte civil de solidarité, aux enfants, aux ascendants.

## **Article R361-4**

Les demandes tendant au paiement du capital prévu aux articles L. 361-1 à L. 361-4, sont adressées à la caisse primaire d'assurance maladie.

La décision de la caisse est notifiée aux intéressés.

Lorsque le droit au paiement du capital garanti au décès est ouvert aux descendants mineurs, la demande est formée par le représentant légal. En cas de carence du représentant légal, le juge du tribunal d'instance forme la demande et désigne la personne ou l'établissement qui doit recevoir en dépôt, pour le compte des mineurs, les sommes qui reviennent à ceux-ci.

## **Article R361-5**

Le délai prévu au deuxième alinéa de l'article L. 361-4, après lequel le capital décès peut être attribué aux personnes mentionnées à ce même alinéa, est fixé à un mois suivant le décès de l'assuré.

## **Chapitre 2 : Dispositions communes à l'assurance maladie, à l'assurance maternité et à l'assurance décès.**

### **Article R362-1**

Les prestations doivent être payées à l'assuré dans les quinze jours qui suivent tout renvoi de feuilles de soins ou d'incapacité de travail.

La caisse primaire d'assurance maladie paie valablement les prestations dues à l'assuré entre les mains de son conjoint ou, si l'assuré est mineur, soit entre ses mains, soit entre les mains de toute personne justifiant en avoir la charge.

L'assuré ou, en ce qui concerne l'assurance décès, les ayants droit de l'assuré, peuvent déléguer un tiers pour l'encaissement des prestations.

Cette délégation n'est valable que pour les prestations dont le versement est demandé dans le délai de trois mois à compter de la date à laquelle elle a été établie par l'assuré.

En ce qui concerne le capital décès, elle ne peut porter que sur une somme ne dépassant pas le vingt-quatrième du montant maximum de la rémunération annuelle retenue pour le calcul des cotisations de sécurité sociale.

La délégation ne fait pas obstacle au droit de la caisse de surseoir au paiement pour procéder aux vérifications nécessaires et de payer les prestations par la poste.

Un employé d'une caisse ne peut être délégué par l'assuré pour l'encaissement de prestations que s'il a été spécialement accrédité à cet effet par le conseil d'administration de la caisse.

## **Article R362-2**

Le montant des sommes ayant donné lieu à régularisation dans les conditions prévues aux articles R. 243-10 et R. 243-11 se répartit, tant pour le calcul de l'indemnité journalière en cas de maladie ou de maternité que pour la fixation du capital décès, sur une période d'une durée égale à la période à laquelle s'applique la régularisation effectuée et qui suit immédiatement cette dernière période.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 R371-1**

Pour l'application de l'article L. 371-1, le taux d'incapacité de travail doit être au moins des deux tiers.

Pour l'application de l'article L. 371-4, le degré total d'incapacité de l'assuré doit être au moins des deux tiers.

###### **Article R371-2**

Le délai de carence mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 371-3 est de trois jours.

###### **Article R371-3**

Lorsque le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie a été reconnu, les prestations servies à l'assuré à titre provisionnel dans les conditions déterminées à l'article L. 371-5, s'imputent sur le montant des prestations dues en vertu de la législation des accidents du travail.

###### **Section 2 : Bénéficiaires de la législation des pensions militaires.**

## **Article R371-4**

Les indemnités journalières prévues par le troisième alinéa de l'article L. 371-6 sont servies pendant des périodes de trois années séparées par une interruption de deux ans.

## **Article R371-5**

Pour l'application de l'article L. 371-7, le degré total d'incapacité de l'assuré doit être au moins des deux tiers.

## **Article R371-6**

Le règlement intérieur modèle des caisses primaires d'assurance maladie arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale fixe les conditions dans lesquelles les caisses primaires d'assurance maladie paient les indemnités prévues à l'article L. 371-6 aux assurés malades ou blessés de guerre, lorsque ces assurés reçoivent personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

## **Article R371-7**

Pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 371-6, la preuve qui incombe à l'assuré est réputée faite lorsqu'il justifie d'une décision de rejet prise par le service des soins gratuits, sous réserve de la faculté, pour la caisse primaire d'assurance maladie, d'exercer, le cas échéant, telle action que de droit contre ladite décision de rejet en vue d'obtenir le remboursement des prestations qu'elle a servies, dans la limite des prestations légalement dues, en application de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

Les délais impartis à la caisse primaire d'assurance maladie pour exercer son recours devant les juridictions compétentes prévues par l'article L. 79 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre sont de même durée que ceux qui sont impartis à l'assuré lui-même. Ils commencent à courir à la date de la réception par la caisse primaire d'assurance maladie de la notification qui doit lui être faite de la décision refusant le bénéfice des soins gratuits.

## **Section 3 : Bénéficiaires de l'aide sociale.**

## **Article R371-8**

Les bénéficiaires des prestations en nature de l'assurance maternité qui n'ont pas droit aux indemnités journalières de repos peuvent recevoir les allocations journalières prévues par l'article L. 222-3 du code de l'action sociale et des familles dans les conditions fixées par ledit article.

### **Article R371-9**

Les assurés sociaux indigents sont traités dans les mêmes conditions que les autres assurés. Toutefois, ils ne supportent aucune participation aux frais de traitement, sous réserve de l'application des dispositions de l'article L. 371-12.

### **Article R371-10**

Les règlements prévus à l'article L. 371-12 sont valables pour un an au moins.

Ils cessent d'avoir effet au premier jour du trimestre civil suivant leur abrogation par l'autorité administrative compétente en vertu de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 ou la dénonciation par les caisses ou les syndicats médicaux intéressés de l'accord intervenu par l'application de l'article précité.

Si le règlement s'applique à plusieurs caisses d'assurance maladie, la dénonciation mentionnée à l'alinéa précédent ne produit d'effet qu'à l'égard de la ou des caisses qui ont dénoncé l'accord.

### **Article R371-11**

En cas d'application d'un règlement ne prévoyant l'inscription sur les listes d'assistance que pour l'hospitalisation, les assurés sociaux indigents paient directement aux praticiens les frais médicaux et pharmaceutiques, qui leur sont remboursés par la caisse primaire d'assurance maladie, dans les conditions fixées par ledit règlement.

Ce règlement peut, toutefois, autoriser les praticiens à se faire rembourser directement par la caisse primaire d'assurance maladie. Il indique, dans ce cas, les formalités à remplir par eux.

## **Chapitre 2 : Service militaire et appel sous les drapeaux. # Volontariat pour l'insertion. # Service civique**

### **Article R372-1**

Lorsque à la suite d'une période de service militaire ou d'appel sous les drapeaux l'assuré social est réformé pour maladie ou infirmité contractée en dehors du service ne donnant pas lieu, de ce fait, à l'attribution d'une pension militaire, la pension d'invalidité, dont l'octroi est prévu à l'article L. 372-1, peut lui être accordée dans les conditions prévues audit article, même s'il n'a pas bénéficié des prestations de l'assurance maladie, soit d'office par la caisse primaire d'assurance maladie, soit sur sa demande.

Dans ce cas, la date d'entrée en jouissance de la pension est celle à laquelle l'état d'invalidité est constaté par la caisse primaire d'assurance maladie. Elle ne peut être antérieure à la date du retour de l'assuré dans ses foyers.

### **Article R372-3**

I. - Le volontaire pour l'insertion est affilié à la diligence du centre de formation dans lequel il effectue sa période de volontariat pour l'insertion, auprès de la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est situé ce centre de formation.

La caisse remet au volontaire pour l'insertion une carte d'assuré social.

II. - Les cotisations afférentes à la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles font l'objet d'un seul versement par l'établissement public d'insertion de la défense mentionné à l'article L. 3114-1 du code de la défense, à l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale dans la circonscription de laquelle est situé le centre de formation précité.

Lorsque la durée du volontariat est au plus égale à douze mois, les cotisations mentionnées à l'alinéa précédent sont versées au cours du premier mois du semestre civil qui suit la fin de la période de volontariat.

Lorsque la durée du volontariat dépasse douze mois, les cotisations sont versées :

1° Au titre des cotisations afférentes aux douze premiers mois, au cours du premier mois du semestre civil qui suit le douzième mois après la date de l'affectation du volontaire ;

2° Au titre des cotisations afférentes à la période de volontariat excédant les douze premiers mois, au cours du premier mois du semestre civil qui suit la fin de la période de volontariat.

Le versement intervient à la date d'échéance de paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale applicable à l'établissement public d'insertion de la défense et, à défaut, au quinze du mois.

III. - Les dispositions relatives aux majorations de retard prévues à l'article R. 243-18 sont applicables aux cotisations prévues au II ci-dessus.



## **Article R372-4**

I.-Lorsque le service civique est effectué en métropole ou dans un département d'outre-mer, les obligations de l'employeur sont à la charge de l'Agence du service civique, sous réserve du III ci-dessous, pour les volontaires effectuant un engagement de service civique et à la charge de la personne morale agréée en vertu de l'article L. 120-30 du code du service national pour les autres volontaires en service civique.

La personne agréée auprès de laquelle est effectué l'engagement de service civique communique à l'agence ou à l'organisme versant l'indemnité pour son compte les informations nécessaires à l'accomplissement de leurs obligations.

II.-Les volontaires en service civique ne sont pas pris en compte pour l'appréciation des effectifs de l'entreprise au sens du III de l'article R. 243-6.

III.-Les cotisations dues au titre des volontaires effectuant un engagement de service civique sont acquittées par l'organisme versant l'indemnité pour le compte de l'Agence du service civique, dans les conditions prévues au 1° de l'article R. 243-6, à une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

IV.-Les dispositions de l'article R. 243-14 ne sont pas applicables aux personnes morales agréées en vertu de l'article L. 120-30 du code du service national au titre des volontaires en service civique.

## **Chapitre 3 : Stagiaires de la formation professionnelle.**

### **Article R373-1**

Les stagiaires de la formation professionnelle continue rémunérés par l'Etat ou la région dans les conditions définies au titre VI du livre IX du code du travail, qui relèvent du régime général de sécurité sociale ont droit, sous réserve des dispositions de l'article R. 373-4 ci-dessous, au versement, à la charge des services et organismes payeurs des rémunérations de stage, d'indemnités journalières en cas de maladie, de maternité et de paternité, ou d'un capital en cas de décès, dans les conditions fixées ci-après.

### **Article R373-2**

Pour toute maladie née pendant la durée des stages auxquels leur inscription a été acceptée ou, le cas échéant, pendant les trois mois qui suivent la fin de ces stages, l'Etat ou, selon le cas, la région garantit aux stagiaires une indemnité journalière égale à 50 % de leur rémunération journalière de stage.

En cas de repos pour maternité débutant durant la période définie à l'alinéa précédent, l'Etat ou,

selon le cas, la région garantit aux stagiaires une indemnité journalière égale à 90 % de leur rémunération journalière de stage.

En cas de congé de paternité débutant pendant la durée du stage et s'achevant avant la fin de celui-ci, l'Etat ou, selon le cas, la région garantit aux stagiaires une indemnité journalière égale à 90 % de leur rémunération journalière de stage.

En cas de décès survenant durant la même période, l'Etat ou, selon le cas, la région garantit aux ayants droit des stagiaires le paiement d'un capital égal à 90 fois la rémunération journalière de stage.

### **Article R373-3**

Les indemnités complémentaires mentionnées ci-dessus sont versées au stagiaire, sous déduction des prestations en espèces dues pour les mêmes risques par son régime de sécurité sociale, jusqu'à concurrence du montant maximum desdites prestations en espèces.

Elles sont dues et servies dans les conditions et durant les périodes fixées pour le paiement de ces prestations.

### **Article R373-4**

Les prestations de sécurité sociale dues, en application des dispositions de l'article L. 962-5 du code du travail et du décret n° 75-454 du 2 juin 1975, aux stagiaires bénéficiaires d'un congé de formation sont exclusives des indemnités prévues par le présent chapitre.

## **Chapitre 6 : Recours des caisses contre les tiers.**

### **Article R376-1**

Les dépenses à rembourser aux caisses de sécurité sociale en application de l'article L. 376-1 peuvent faire l'objet d'une évaluation forfaitaire dans les conditions prévues par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

La caisse qui a engagé l'action en remboursement par application de l'article L. 376-1 poursuit jusqu'à son terme l'action engagée.

### **Article R376-2**

L'assignation délivrée par la victime ou ses ayants droit à ses caisses de sécurité sociale, aux fins de déclaration de jugement commun, en application de l'article L. 376-1, mentionne, outre la dénomination et l'adresse de ces caisses de sécurité sociale, le numéro de sécurité sociale de la victime.

### **Article R376-3**

Devant les juridictions civiles, le greffe du tribunal informe les caisses de sécurité sociale de la victime de la date de l'audience, dès que celle-ci est fixée.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 R380-1**

I.-Pour être affiliées ou rattachées en qualité d'ayants droit au régime général, les personnes visées à l'article L. 380-1 doivent justifier qu'elles résident en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

Toutefois, ce délai de trois mois n'est pas opposable :

1° Aux personnes inscrites dans un établissement d'enseignement, ainsi qu'aux personnes venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique ;

2° Aux bénéficiaires des prestations suivantes :

-prestations familiales prévues à l'article L. 511-1 et au chapitre V du titre V du livre VII et aides à l'emploi pour la garde de jeunes enfants prévues au titre IV du livre VIII ;

-allocations aux personnes âgées prévues au titre Ier du livre VIII ;

-allocation de logement prévue par l'article L. 831-1 et aide personnalisée au logement prévue par l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation ;

-prestations instituées au livre II du code de l'action sociale et des familles à l'exception de celles mentionnées au titre V ;

3° Aux personnes reconnues réfugiés, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de

réfugié.

II.-Les personnes de nationalité étrangère doivent en outre justifier qu'elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France à la date de leur affiliation.

III.-Pour bénéficier du service des prestations en nature des assurances maladie et maternité, les personnes mentionnées à l'article L. 380-1 doivent résider en France conformément aux dispositions de l'article R. 115-6.

## **Article R380-2**

Les personnes visées à l'article L. 380-1 sont affiliées obligatoirement, le cas échéant d'office, au régime général par la caisse primaire d'assurance maladie prévue à l'article R. 312-1. Toutefois, si la demande a été adressée à une caisse primaire autre que celle mentionnée à l'alinéa précédent, la caisse qui a reçu la demande procède à l'affiliation provisoire et transmet le dossier, suivant les cas, à la caisse primaire désignée en application du premier alinéa, à celle du lieu d'élection de domicile ou, si l'intéressé relève d'un régime autre que le régime général, à l'organisme compétent dudit régime.

## **Article R380-3**

La cotisation mentionnée à l'article L. 380-2 est liquidée par les caisses primaires d'assurance maladie définies à l'article R. 380-2 et recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général au vu des éléments transmis par les caisses primaires.

## **Article R380-4**

La cotisation mentionnée à l'article L. 380-2 fait l'objet d'un paiement trimestriel auprès de l'organisme de recouvrement, au plus tard le dernier jour de chaque trimestre civil.

## **Article R380-5**

Lorsque l'assuré n'a pas fourni les éléments permettant de calculer la cotisation dont il est redevable, celle-ci est fixée d'office par la caisse primaire d'assurance maladie sur la base d'une assiette fixée à cinq fois le plafond annuel de la sécurité sociale. Cette taxation est notifiée par l'organisme de recouvrement à l'assuré par une lettre de mise en demeure dans les conditions fixées par l'article L. 244-2.

## **Article R380-6**

Les dispositions des articles R. 243-18, R. 243-19, R. 243-19-1, R. 243-20, R. 243-20-3 et R. 243-21 s'appliquent aux personnes redevables de la cotisation mentionnée à l'article L. 380-2, lorsque cette cotisation n'a pas été acquittée à la date limite prévue à l'article R. 380-4 ci-dessus.

## **Article R380-7**

Vingt jours après la date d'échéance prévue à l'article R. 380-4, l'organisme chargé du recouvrement adresse au débiteur une lettre recommandée avec demande d'avis de réception le mettant en demeure de régulariser sa situation dans le délai d'un mois.

La mise en demeure donne le détail des sommes réclamées au titre des cotisations et majorations de retard. Elle précise que la dette peut être contestée dans un délai d'un mois par une réclamation adressée à la commission de recours amiable prévue à l'article R. 243-20 et accompagnée de la mise en demeure. Elle indique l'adresse de cette commission.

## **Article R380-8**

A défaut de règlement dans le délai d'un mois à partir de la mise en demeure, le directeur de l'organisme chargé du recouvrement peut décerner une contrainte dans les conditions fixées par l'article L. 244-9 et la section 2 du chapitre III du titre III du livre Ier.

## **Article R380-9**

Les cotisations peuvent être admises en non-valeur dans les conditions prévues par l'article L. 243-3.

## **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, de l'allocation journalière de présence parentale - Personnes assumant la charge d'un handicapé.**

## **Article R381-1**

Sous réserve des dispositions des alinéas suivants, l'affiliation des personnes mentionnées à l'article L. 381-1, est laissée à la diligence de l'organisme ou du service débiteur des prestations familiales.

L'affiliation de la personne ayant la charge d'un enfant handicapé est faite soit à sa demande, soit à la diligence de l'organisme ou du service chargé de la liquidation de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

L'affiliation de la personne assumant au foyer familial la charge d'un adulte handicapé est faite à sa demande par l'organisme ou le service débiteur des prestations familiales, sur l'avis conforme et motivé de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles. Cette commission se prononce, après information de la personne handicapée vivant au domicile familial ou bénéficiant d'une prise en charge partielle dans un établissement ou un service médico-social, sur la nécessité pour elle de bénéficier à domicile de l'assistance ou de la présence de l'aidant familial ayant déposé la demande d'affiliation.

## **Article R381-2**

L'immatriculation est effectuée, en tant que de besoin, par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail dans le ressort de laquelle est situé le domicile des intéressés. Lorsque le domicile se situe dans la région parisienne ou dans la région de Strasbourg, sont respectivement compétentes : la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ou la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg.

Cette immatriculation prend effet :

1°) Pour le complément familial et le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant, à compter du premier jour du mois civil au cours duquel sont attribuées l'une ou l'autre de ces prestations ;

2°) Pour l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant, à compter du premier jour du mois civil suivant celui de la naissance.

## **Article R381-2-1**

Est considérée comme exerçant une activité à temps partiel pour l'application du sixième alinéa de l'article L. 381-1 la personne dont les revenus professionnels perçus au cours de l'année d'affiliation sont inférieurs à 63 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année considérée. Sont pris en compte les revenus d'origine professionnelle compris dans les ressources définies à l'article R. 532-3.

## **Article R381-3**

La cotisation due au titre des personnes mentionnées à l'article L. 381-1, à l'exception de celles ayant la charge d'un enfant handicapé ou assumant au foyer familial la charge d'un adulte handicapé et des bénéficiaires du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant et de l'allocation journalière de présence parentale, est égale au taux cumulé de la cotisation employeur et salarié dans le régime général de sécurité sociale, pour la couverture du risque vieillesse.

Cette cotisation est calculée sur la base d'une assiette forfaitaire égale, par mois, à 169 fois le salaire horaire minimum de croissance en vigueur au 1er juillet de l'année civile précédente.

### **Article R381-3-1**

La cotisation due au titre des personnes bénéficiaires du complément du libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant ou de l'allocation journalière de présence parentale mentionnées à l'article L. 381-1 est égale au taux cumulé de la cotisation employeur et salarié dans le régime général de sécurité sociale, pour la couverture du risque vieillesse. Il en est de même pour les personnes ayant la charge d'un enfant handicapé ou assumant au foyer familial la charge d'un adulte handicapé.

Cette cotisation est assise sur une assiette forfaitaire égale :

1° Pour les bénéficiaires du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant, par mois, à :

a) 100 % de la valeur de 169 fois le salaire minimum de croissance pour un complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant au taux de 142,57 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales ou au taux de 96,62 % de cette base lorsque ce complément est attribué en sus de l'allocation de base ;

b) 50 % de la valeur de 169 fois le salaire minimum de croissance pour un complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant au taux de 108,41 % de la base mensuelle des allocations familiales ou au taux de 62,46 % de cette base lorsque ce complément est attribué en sus de l'allocation de base ;

c) 20 % de la valeur de 169 fois le salaire minimum de croissance pour un complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant au taux de 81,98 % de la base mensuelle des allocations familiales ou au taux de 36,03 % de cette base lorsque ce complément est attribué en sus de l'allocation de base ;

2° Pour les bénéficiaires de l'allocation journalière de présence parentale, par jour, à un vingt-deuxième de la valeur de 169 fois le salaire minimum de croissance ;

Le salaire horaire minimum de croissance est celui en vigueur au 1er juillet de l'année civile précédente.

3° Pour les personnes ayant la charge d'un enfant handicapé ou assumant au foyer familial la charge d'un adulte handicapé, par mois, à :

a) 100 % de la valeur de 169 fois le salaire minimum de croissance lorsque leurs revenus professionnels perçus au cours de l'année d'affiliation sont inférieurs à 13,6 % du plafond annuel de



la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année considérée ;

b) 50 % de la valeur de 169 fois le salaire minimum de croissance lorsque leurs revenus professionnels perçus au cours de l'année d'affiliation sont compris entre 13,6 % et 63 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année considérée ;

Sont pris en compte pour l'application des a et b ci-dessus les revenus d'origine professionnelle compris dans les ressources définies à l'article R. 532-3.

#### **Article R381-4**

Les modalités de versement des cotisations d'assurance vieillesse, calculées conformément aux dispositions de l'article précédent, ainsi que les documents à produire à l'appui de ce versement, sont fixés par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget.

### **Section 3 : Etudiants.**

#### **Article R381-5**

L'âge limite prévu à l'article L. 381-4 est fixé à vingt-huit ans.

#### **Article R381-6**

L'arrêté mentionné à l'article L. 381-5 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'éducation nationale, le ministre chargé des universités ou le ministre intéressé.

#### **Article R381-7**

Pour les élèves et les étudiants des établissements, écoles ou classes définis à l'article L. 381-4 qui, au cours de leurs études dans ces établissements, écoles ou classes, ont bénéficié pendant une ou plusieurs périodes de six mois au moins, des prestations de sécurité sociale à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant entraîné l'interruption des études, l'âge limite prévu audit article est reculé d'un temps égal à la durée de la ou desdites périodes.

En outre, des arrêtés conjoints du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'éducation nationale et du ministre chargé des universités ou du ministre intéressé, pris après consultation des organisations d'étudiants, fixent les conditions que doivent remplir les assujettis et la liste des établissements pour lesquels l'âge limite peut être reculé de un à quatre ans en

considération soit de l'âge minimum ou des diplômes universitaires exigés au début de certaines études, soit de la durée de la scolarité dans certaines disciplines.

### **Article R381-8**

L'âge limite prévu à l'article L. 381-4 est reculé d'un temps correspondant au nombre d'années universitaires interrompues en raison de l'appel et du maintien sous les drapeaux.

### **Article R381-9**

L'âge limite prévu à l'article L. 381-4 est reculé de un à quatre ans en faveur des étudiants atteints d'une infirmité permanente entraînant leur inaptitude à achever le cycle d'études entrepris avant cet âge limite.

### **Article R381-10**

Pour bénéficier des dispositions de l'article R. 381-9, les étudiants doivent, avant leur vingt-huitième anniversaire, demander la prorogation de la limite d'âge à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est situé l'établissement d'enseignement supérieur dont ils suivent la scolarité.

La caisse primaire statue, après avis du contrôle médical, comme en matière d'invalidité. Elle apprécie notamment, en se conformant aux articles L. 341-1 et L. 341-3, si l'infirmité dont est atteint l'étudiant réduit au moins des deux tiers ses aptitudes à poursuivre des études normales.

La caisse notifie sa décision au requérant avec demande d'avis de réception. Le défaut de réponse de la caisse primaire dans le délai de deux mois à compter de la demande vaut décision de rejet et ouvre un droit de recours à l'étudiant.

### **Article R381-11**

Les contestations auxquelles peuvent donner lieu les décisions prises par les caisses primaires d'assurance maladie statuant en application de l'article précédent sont réglées selon la procédure d'expertise médicale organisée en application du chapitre 1er du titre IV du livre Ier.

### **Article R381-12**

L'immatriculation à l'assurance maladie-maternité s'effectue obligatoirement à la diligence de

l'établissement dans le délai de huitaine qui suit l'inscription dans cet établissement de toute personne non encore immatriculée et remplissant les conditions prévues à l'article L. 381-4.

L'immatriculation est opérée par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est situé l'établissement. Cette caisse remet à l'étudiant ou élève une carte d'immatriculation du modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R381-13**

Faute par l'établissement d'avoir satisfait aux obligations prévues à l'article R. 381-12, l'immatriculation peut être effectuée par la caisse primaire d'assurance maladie, soit de sa propre initiative, soit à la requête de l'intéressé.

### **Article R381-14**

Des arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale précisent les conditions dans lesquelles les caisses primaires d'assurance maladie procèdent à l'immatriculation des étudiants et à la vérification des renseignements fournis à cet égard, tant par les établissements que par les intéressés .

### **Article R381-15**

La cotisation forfaitaire prévue au 1° de l'article L. 381-8 est indivisible et fait l'objet d'un versement unique pour chaque année d'assurance, dans les conditions fixées par des arrêtés conjoints du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'éducation nationale, du ministre chargé des universités ou du ministre compétent. Elle est due dès lors que l'étudiant remplissant les autres conditions requises n'avait pas atteint l'âge limite avant le 1er octobre de l'année considérée.

Toutefois, lorsque l'élève ou l'étudiant en fait la demande, est autorisé le versement en trois fois de la cotisation forfaitaire, en même temps que les sommes dues pour frais d'études. Chaque versement est égal à un tiers de la cotisation forfaitaire. Il est acquitté lors de la première inscription pour le premier versement, puis au cours des premier et deuxième mois suivant celui de l'inscription pour les deuxième et troisième versements.

L'établissement auprès duquel s'effectue le versement ne peut majorer le montant de cette cotisation.

### **Article R381-16**

La cotisation ou le premier versement de la cotisation, lorsque le versement intervient en trois fois, est exigible préalablement à l'inscription des étudiants qui remplissent les conditions prévues à l'article L. 381-4 à la date de leur demande d'inscription dans l'établissement, la condition d'âge

étant toutefois appréciée comme il est dit à l'article R. 381-15.

Le versement est fait à titre provisionnel par les étudiants qui ont déposé un dossier de demande d'obtention ou de renouvellement d'une bourse et à charge d'un remboursement éventuel en cas de décision favorable. Sont cependant dispensés de ce versement à titre provisionnel les étudiants qui, en application des dispositions législatives et réglementaires relatives aux bourses de l'enseignement supérieur, justifient de conditions sociales leur permettant de prétendre au bénéfice ou au renouvellement d'une bourse au titre de l'année universitaire à venir. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'enseignement supérieur fixe les modalités d'application du présent article.

### **Article R381-17**

La cotisation des étudiants qui, au moment de leur inscription, avaient la qualité de boursiers, d'assurés ou d'ayants droit d'assurés du régime général, d'un régime spécial ou du régime agricole des assurances sociales, et qui viennent ultérieurement à perdre cette qualité, est exigible dans les trente jours suivant la date où ils l'ont perdue, sous peine de déchéance du droit aux prestations prévu par la présente section.

Lorsque l'étudiant ou l'élève le demande, la cotisation est versée en trois fois. Dans ce cas, le premier versement intervient dans les trente jours suivant la perte de la qualité mentionnée au premier alinéa, puis au cours des premier et deuxième mois suivant ce premier versement.

### **Article R381-18**

La cotisation versée au moment de l'inscription dans l'établissement, avant la fin du premier trimestre de l'année scolaire, entraîne l'affiliation à l'assurance maladie-maternité des étudiants, à compter du 1er octobre dudit trimestre et jusqu'au 30 septembre de l'année suivante.

La cotisation versée au moment de l'inscription dans l'établissement, à une date postérieure à la fin du premier trimestre de l'année scolaire, entraîne l'affiliation à l'assurance maladie-maternité des étudiants, à compter du premier jour du mois civil suivant la date de versement et jusqu'au 30 septembre de l'année en cours.

Il en est de même de la cotisation versée dans les conditions prévues à l'article précédent. Toutefois, les étudiants ayants droit d'assuré social, qui atteignent vingt ans entre le 1er octobre et le 30 septembre de l'année suivante, peuvent solliciter leur immatriculation au moment de leur inscription dans l'établissement. Dans ce cas, le droit aux prestations est ouvert à compter de leur vingtième anniversaire.

Lorsque la cotisation est payée en trois versements, suivant les modalités prévues au second alinéa de l'article R. 381-15 et au second alinéa de l'article R. 381-17, la date de paiement entraînant l'affiliation est celle du premier versement.

## **Article R381-19**

Les étudiants régulièrement affiliés au cours d'une année scolaire à l'assurance maladie-maternité des étudiants qui se trouvent, au moment où ils cesseraient d'avoir droit aux prestations, dans l'impossibilité, médicalement constatée, de poursuivre leurs études sont dispensés, au maximum pendant les deux années scolaires qui suivent, de justifier de leur inscription dans un des établissements fixés à l'article L. 381-4 tant que cette impossibilité subsiste. Pendant cette même période, ils ont droit et ouvrent droit aux prestations des assurances maladie et maternité.

## **Article R381-20**

L'étudiant bénéficiant de l'assurance maladie-maternité des étudiants, qui acquiert en cours d'année la qualité de travailleur salarié ou assimilé, est astreint, de ce fait, au précompte de sa contribution aux assurances sociales, en cette qualité, sans pouvoir prétendre au remboursement de tout ou partie de la cotisation forfaitaire prévue par le 1° de l'article L. 381-8.

## **Article R381-21**

Les inscriptions dans les établissements, écoles ou classes définis à l'article L. 381-4 ne peuvent être acceptées que moyennant le versement de la cotisation prévue au 1° de l'article L. 381-8, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 381-16. Au cas où l'inscription est faite pour une période excédant une année civile, elle ne reste valable qu'autant que la cotisation annuelle a été effectivement versée.

A défaut de versement des deuxième et troisième fractions de la cotisation, la somme restant due est exigible dans les trente jours suivant l'incident de paiement, après mise en demeure, sous peine de suspension du versement des prestations prévu par la présente section.

## **Article R381-22**

Sans préjudice des dispositions de l'article R. 381-19, pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en nature des assurances maladie ou maternité, l'étudiant doit justifier qu'il est affilié à l'assurance maladie-maternité des étudiants aux dates précisées par les titres II et III du présent livre.

## **Article R381-23**

Les versements au titre de l'assurance maladie-maternité des étudiants sont suspendus pendant la période de service militaire ou en cas d'appel sous les drapeaux.

Pendant toute la durée du service ou d'appel sous les drapeaux, l'assuré confère aux membres de sa famille, au sens de l'article L. 313-3, le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Il en est de même pour les étudiants qui, étant appelés sous les drapeaux entre le 1er novembre et le 31 décembre, remplissent, au cours de l'année scolaire qui a précédé ledit appel, les conditions requises pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations, même s'ils se sont abstenus, en prévision de leur appel, de demander à nouveau leur inscription dans un établissement mentionné à l'article L. 381-4 pour l'année scolaire en cours.

### **Article R381-24**

Le cas échéant, les périodes d'immatriculation de l'étudiant ou de la personne dont il était ayant droit dans l'assurance des salariés ou assimilés s'ajoutent, sans superposition, aux périodes d'affiliation à l'assurance maladie-maternité des étudiants pour l'appréciation des conditions d'ouverture du droit aux prestations.

Toute journée au cours de laquelle l'étudiant a été affilié à l'assurance maladie-maternité des étudiants ou au cours de laquelle il a bénéficié des prestations, équivaut à six heures de travail salarié non agricole ou à une journée de travail salarié agricole, en vue de la détermination du droit aux prestations de l'assurance des salariés ou assimilés.

### **Article R381-25**

Les étudiants bénéficient de la réduction ou suppression de la participation [\*ticket modérateur\*] dans les conditions prévues aux articles L. 322-2 et L. 322-3, sans qu'ils aient à justifier d'une interruption d'études.

### **Article R381-26**

Les sommes mises à la charge des régimes d'assurance maladie par le 2° de l'article L. 381-8 sont réparties au prorata des effectifs de leurs bénéficiaires ayant entre 40 et 70 ans.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe cette répartition tous les cinq ans en fonction des effectifs constatés au 31 décembre de l'avant-dernière année civile précédant la période quinquennale considérée.

Les contributions dues par les régimes autres que le régime général sont versées à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget définit les modalités de notification et de versement des contributions, qui donnent lieu à des acomptes en cours d'exercice et à une régularisation au cours de l'exercice suivant.

## **Article R381-27**

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe chaque année la fraction des ressources prévues à l'article L. 381-8 qui est affectée à l'action sanitaire et sociale.

## **Article R381-29**

Il est créé dans la circonscription de toute caisse primaire d'assurance maladie à laquelle sont affiliés au moins 1 000 étudiants bénéficiaires de l'assurance maladie-maternité des étudiants, une section locale universitaire, dont le rôle est assumé par la mutuelle ou section de mutuelle d'étudiants habilitée à cet effet par le ministre chargé de l'éducation nationale.

Une telle section peut être créée par la caisse primaire dans la circonscription de laquelle est compris le siège d'une université, alors même que seraient affiliés à cette caisse moins de 1 000 étudiants bénéficiaires de l'assurance maladie-maternité des étudiants.

Le conseil d'administration de la section locale comprend six membres, à savoir :

1°) quatre étudiants bénéficiaires de l'assurance maladie-maternité des étudiants, âgés d'au moins vingt et un ans et désignés par le conseil d'administration de la mutuelle ou section de mutuelle habilitée ;

2°) un représentant du ministère chargé de l'éducation nationale ou du ministère chargé des universités ;

3°) un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie.

## **Article R381-30**

Il est fait appel à un correspondant local universitaire, dont le rôle est assumé par la mutuelle ou section de mutuelle d'étudiants habilitée à cet effet par le ministre chargé des universités, dans les villes dont les établissements groupent au moins 100 étudiants [\*effectifs\*] bénéficiaires de l'assurance maladie-maternité des étudiants.

La section locale universitaire peut utiliser, dans les localités où les établissements ne groupent pas au moins 100 étudiants bénéficiaires de l'assurance maladie-maternité des étudiants, les correspondants locaux agréés par la caisse.

## **Article R381-31**

Les dispositions de l'article R. 211-3 et du dernier alinéa de l'article R. 252-11 relatives aux attributions, aux responsabilités et aux frais de gestion des sections locales et des correspondants locaux sont applicables aux sections locales et correspondants locaux universitaires, sous réserve des modalités particulières qui pourront être fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R381-32**

Les modalités de calcul et de répartition des remises de gestion qui sont destinées à la couverture des frais de gestion administrative afférents au service des prestations légales aux étudiants sont déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé des universités et du ministre chargé du budget.

## **Article R381-33**

L'arrêté mentionné au 1° de l'article L. 381-8 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'éducation nationale, le ministre chargé des universités et le ministre chargé du budget.

## **Section 5 : Invalides de guerre.**

### **Article R381-80**

Pour l'application de l'article L. 381-20, sont considérés comme assurés obligatoires :

- 1°) les invalides titulaires d'une pension du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre basée sur un taux d'invalidité d'au moins 85 %, quelle que soit l'origine de l'infirmité ;
- 2°) les veuves non remariées, titulaires d'une pension du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;
- 3°) les enfants légitimes, adoptifs, naturels reconnus, ayant droit au bénéfice des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, chaque fois que le décès du père est imputable à un service accompli au cours d'une guerre ou au cours d'une expédition déclarée campagne de guerre par l'autorité compétente ;



4°) les enfants légitimes, adoptifs, naturels reconnus, ayant droit au bénéfice des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, dont le père était titulaire d'une pension militaire basée sur un taux d'invalidité d'au moins 85 % pour des infirmités imputables à un service accompli au cours d'une guerre ou au cours d'une expédition déclarée campagne de guerre par l'autorité compétente ;

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 définies ci-après :

a. les invalides victimes civiles de la guerre titulaires d'une pension du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, basée sur un taux d'invalidité d'au moins 85 % ;

b. les veuves non remariées titulaires d'une pension de victime civile de la guerre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

c. les enfants légitimes, adoptifs, naturels reconnus, bénéficiaires d'une pension de victime civile de guerre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, chaque fois que le décès de leur auteur est imputable aux événements ouvrant droit à pension au titre du chapitre 1er du titre III du livre II du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, à l'exception de ceux mentionnés à l'article L. 206, ainsi que de ceux mentionnés à l'article L. 208 qui se sont produits hors des délais fixés aux articles L. 193 et L. 197 ;

d. les enfants légitimes, adoptifs, naturels reconnus, bénéficiaires d'une pension de victime civile de guerre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, dont l'auteur était lui-même titulaire d'une pension dudit code basée sur un taux d'invalidité d'au moins 85 % au titre du chapitre 1er du titre III du livre II du code précité, à l'exception de l'article L. 206 et de l'article L. 208 pour des infirmités résultant d'évènements qui se sont produits hors des délais fixés aux articles L. 193 et L. 197 ;

7°) les ascendants pensionnés au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, âgés de plus de soixante-cinq ans et ne relevant pas déjà d'un régime obligatoire d'assurance maladie autre que celui prévu à l'article L. 380-1.

## **Article R381-81**

L'affiliation aux assurances sociales des bénéficiaires de l'article L. 381-19 intervient soit à la requête des intéressés, soit d'office par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de leur résidence ou, pour ses ressortissants, par la caisse nationale militaire de sécurité sociale, soit à la diligence du service départemental de l'office national des anciens combattants et victimes de guerre. La demande d'affiliation est établie suivant le modèle fixé par décision conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des anciens combattants. Cette demande est adressée au service départemental de l'office national des anciens combattants et victimes de guerre dans la circonscription duquel se trouve la résidence de l'intéressé. Si elle est reconnue fondée, le

service précité l'envoi, après visa de l'administration compétente, à la caisse primaire d'assurance maladie ou, pour ses ressortissants, à la caisse nationale militaire de sécurité sociale, qui procède à l'immatriculation de l'intéressé. Ce dernier est avisé de cette transmission par les soins du service départemental susmentionné. Dans le cas contraire, le service départemental de l'office national des anciens combattants et victimes de guerre renvoie la demande à l'intéressé en lui indiquant les motifs de la non-recevabilité de celle-ci.

## **Article R381-82**

La caisse primaire d'assurance maladie qui est saisie d'une demande d'affiliation concernant un orphelin de guerre majeur titulaire 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, transmet cette demande dans les quinze jours de sa réception [\*délai\*] à la commission technique régionale prévue à l'article L. 143-2 du présent code en y joignant l'avis du contrôle médical.

La décision de la commission est notifiée à la caisse primaire d'assurance maladie et à l'intéressé qui peuvent, l'un et l'autre, interjeter appel de cette décision devant la commission nationale technique prévue à l'article L. 143-3 du présent code dans les conditions et suivant la procédure fixées par le chapitre 3 du titre IV du livre Ier.

La même procédure est appliquée aux orphelins déjà immatriculés lorsqu'ils atteignent leur majorité, s'ils sont 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.

## **Article R381-83**

Les caisses d'assurance maladie remettent aux intéressés une carte d'immatriculation. Elles notifient l'immatriculation au comptable supérieur du Trésor, assignataire de la pension des intéressés. Ledit comptable supérieur accuse réception à la caisse de cette notification.

## **Article R381-84**

La date d'effet de l'immatriculation est celle à laquelle les bénéficiaires remplissent les conditions prévues à l'article R. 381-80.

## **Article R381-85**

Pour l'application de l'article L. 381-20, et sans préjudice du maintien des droits prévus au 2° de l'article L. 381-22, en ce qui concerne les intéressés qui ne pourraient bénéficier à un autre titre des prestations en nature de l'assurance maternité, sont réputées avoir la qualité d'assurés sociaux les

personnes qui, à quelque régime qu'elles appartiennent, bénéficient des prestations en nature de l'assurance maladie soit en qualité de salariés ou assimilés, soit en qualité d'anciens salariés ou assimilés titulaires comme tels d'une pension d'invalidité ou d'un avantage de vieillesse des assurances sociales ou d'une rente d'accident du travail correspondant à une incapacité de travail des deux tiers au moins.

### **Article R381-86**

Dans le cas où une personne mentionnée aux 1°, 2°, 5° et 6°, a, b et 7° de l'article R. 381-80 a déjà la qualité d'ayant droit d'assuré, au sens de l'article L. 313-3 ou de l'article R. 742-2 du code rural et de la pêche maritime, elle doit être également affiliée aux assurances sociales, conformément aux dispositions de la présente section. Les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité lui sont servies à ce titre.

### **Article R381-87**

Lorsque les personnes mentionnées à l'article R. 381-85 ne peuvent bénéficier des prestations de l'assurance maternité au titre d'un autre régime, celles-ci leur sont allouées au titre du régime défini aux articles L. 381-20 et suivants.

### **Article R381-88**

La cotisation prévue à l'article L. 381-23 est assise [\*assiette\*] sur le montant de la pension allouée au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre et de ses accessoires à l'exception des prestations familiales et de l'indemnité de soins prévue à l'article L. 41 dudit code, dans la limite du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code.

Le taux de la cotisation est celui qui est fixé pour les fonctionnaires retraités et les veuves de fonctionnaires. Ce taux est réduit, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé des anciens combattants et du ministre chargé du budget, en ce qui concerne les personnes mentionnées à l'article R. 381-85 ci-dessus qui continuent à relever pour l'assurance maternité, des dispositions du 2° de l'article L. 381-22.

### **Article R381-89**

La cotisation mentionnée à l'article précédent est due à compter de la date d'effet de l'immatriculation ; elle est précomptée sur les arrérages des pensions servies aux intéressés qui sont payées pour le net.

En fin de trimestre, le ministre chargé du budget verse à la caisse nationale de l'assurance maladie

des travailleurs salariés ou à la caisse nationale militaire de sécurité sociale, suivant le cas, une provision à valoir sur le produit de la cotisation des intéressés et sur la contribution de l'Etat prévue au 2° de l'article L. 381-23. Cette provision, inscrite au budget de l'Etat, est fixée au quart du montant des charges supportées par lesdites caisses pour l'application de la présente section, telles que lesdites charges ressortent du dernier compte connu.

Pour chaque année, il est procédé à la comparaison entre le montant des provisions versées aux caisses nationales et le montant des charges supportées par lesdites caisses au titre de la présente section. Si cette comparaison fait ressortir un excédent de versement, cet excédent est précompté sur la première provision trimestrielle à verser ; dans le cas contraire, il est procédé à un versement complémentaire au profit de la caisse intéressée.

### **Article R381-90**

Le montant des sommes versées à la caisse nationale de l'assurance maladie, dans les conditions prévues à l'article précédent est réparti entre les caisses primaires d'assurance maladie selon des modalités qui sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

### **Article R381-91**

Lorsqu'un bénéficiaire de l'article L. 381-19 perd cette qualité du fait de la suppression ou de la modification de la pension qui lui a été allouée au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, l'administration liquidatrice de la pension doit aviser la caisse d'assurance maladie à laquelle était affilié l'intéressé du retrait du livret de pension ou de la modification intervenue en ce qui concerne ladite pension.

### **Article R381-92**

Le bénéficiaire de l'article L. 381-19 qui perd cette qualité du fait qu'il exerce une activité professionnelle l'assujettissant à un autre régime de sécurité sociale doit signaler sa situation à la caisse d'assurance maladie à laquelle il était affilié en vertu dudit article. Cette caisse procède à la radiation, sous réserve des dispositions de l'article L. 161-15-2.

### **Article R381-93**

Dans les cas mentionnés aux articles R. 381-91 et R. 381-92, la caisse notifie la radiation au comptable supérieur du Trésor assignataire de la pension.

## **Article R381-94**

Pour l'application de l'article L. 381-22, un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste des pièces que doivent fournir les intéressés aux caisses d'assurance maladie pour bénéficier des prestations mentionnées à cet article.

## **Section 6 : Sapeurs-pompiers volontaires**

### **Article R381-95**

Le taux d'invalidité mentionné à l'article L. 381-25 est fixé à 66,66 %.

#### **Article R381-95-1**

L'affiliation aux assurances sociales prévue à l'article L. 381-25 intervient soit à la requête des intéressés, soit d'office par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de leur résidence, soit à la diligence de la Caisse des dépôts et consignations.

#### **Article R381-95-2**

La demande d'affiliation est établie suivant un modèle fixé par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Cette demande est adressée à la Caisse des dépôts et consignations, qui la renvoie, avec son avis, à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est situé le lieu de résidence de l'intéressé.

#### **Article R381-95-3**

La caisse primaire d'assurance maladie procède à l'immatriculation de l'intéressé et lui remet une carte d'immatriculation.

Elle notifie l'immatriculation à la Caisse des dépôts et consignations. Celle-ci accuse réception à la caisse primaire d'assurance maladie de cette notification.

La date d'effet de l'immatriculation est celle à laquelle les bénéficiaires remplissent les conditions prévues à l'article L. 381-25.

#### **Article R381-95-4**

Dans le cas où une personne mentionnée à l'article L. 381-25 a déjà la qualité d'ayant droit d'assuré en vertu de l'article L. 313-3 du présent code, elle doit également être affiliée aux assurances sociales, conformément aux dispositions de la présente section.

Les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité lui sont servies à ce titre.

#### **Article R381-95-5**

La cotisation prévue au 1° de l'article L. 381-23 est assise, dans la limite du plafond mentionné à l'article L. 241-3, sur le montant de la rente ou de la pension allouée au titre des articles 11 et 13 de la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991.

#### **Article R381-95-6**

La cotisation mentionnée à l'article précédent est due à compter de la date d'effet de l'immatriculation.

La Caisse des dépôts et consignations verse annuellement à la Caisse nationale d'assurance maladie, d'une part, les sommes correspondant au produit des cotisations des bénéficiaires mises à la charge de l'Etat par le dernier alinéa de l'article L. 381-23 et, d'autre part, la contribution de l'Etat prévue au 2° de l'article L. 381-23.

Cette contribution est calculée, selon les dispositions fixées par arrêté conjoint du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la sécurité civile, de façon à adapter le produit des cotisations aux charges supportées par les caisses primaires d'assurance maladie en application de l'article R. 381-95-8.

#### **Article R381-95-7**

Le montant des sommes versées à la Caisse nationale d'assurance maladie, dans les conditions prévues à l'article précédent, est réparti entre les caisses primaires d'assurance maladie selon des modalités qui sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

## **Article R381-95-8**

Les personnes mentionnées à l'article L. 381-25 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 de l'assurance maladie et de l'assurance maternité.

Toutefois, ces prestations ne sont accordées aux sapeurs-pompiers volontaires mentionnés au 1° de l'article L. 381-25 que pour les maladies, blessures ou infirmités autres que celles ayant donné lieu à l'attribution de la rente d'invalidité prévue à l'article 11 de la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991. Ils sont dispensés, pour eux personnellement, du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques ou autres mis à la charge des assurés malades.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste des pièces à fournir aux caisses primaires d'assurance maladie pour bénéficier des prestations prévues au présent article.

## **Article R381-95-9**

Lorsqu'un bénéficiaire de l'article L. 381-25 perd cette qualité du fait de la suppression ou de la modification de la rente ou de la pension, la Caisse des dépôts et consignations doit aviser la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle était affilié l'intéressé de la modification intervenue en ce qui concerne la rente ou la pension.

Le bénéficiaire de l'article L. 381-25 qui perd cette qualité du fait qu'il se trouve assujéti à un autre régime de sécurité sociale doit signaler sa situation à la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle il était affilié.

La caisse primaire d'assurance maladie procède à la radiation de l'assuré et en informe l'intéressé, ainsi que la Caisse des dépôts et consignations, sous réserve des dispositions de l'article L. 161-15-2.

## **Section 8 : Bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés.**

### **Article R381-96**

Les bénéficiaires mentionnés à l'article L. 381-27 sont affiliés à la caisse primaire du lieu de leur résidence et immatriculés soit sur leur demande, soit à la diligence de l'organisme débiteur de l'allocation aux adultes handicapés.

## **Section 9 : Détenus**

## **Sous-section 1 : Assurances maladie et maternité.**

### **Article R381-97**

Les détenus mentionnés à l'article L. 381-30 sont immatriculés, à la diligence du chef de l'établissement pénitentiaire dans lequel ils sont incarcérés, par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est situé cet établissement.

La caisse primaire d'assurance maladie délivre aux détenus un document attestant de leur affiliation à l'assurance maladie.

### **Article R381-98**

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 381-30, les cotisations sont assises sur le montant total des rémunérations brutes des détenus.

### **Article R381-99**

Le taux de la cotisation d'assurance maladie et maternité sur les rémunérations versées aux détenus est fixé à 4,20 % du montant brut de ces rémunérations. Cette cotisation est à la charge de l'employeur.

Lorsque le travail est effectué par voie de concession, la cotisation patronale est prélevée sur le produit de la redevance spéciale créée par l'article 28 de la loi n° 55-359 du 3 avril 1955 relative aux comptes spéciaux du Trésor pour l'année 1955.

### **Article R381-100**

Pour l'application de l'article L. 381-30-3, le montant global des cotisations dues par l'Etat pour une année civile est déterminé en multipliant le montant de la cotisation prévue à l'article L. 381-30-2 applicable au 1er juillet de l'année précédente par le nombre de détenus correspondant à la moyenne des détenus présents le premier jour de chaque mois dans les établissements pénitentiaires au cours de la période comprise entre le 1er juillet de l'avant-dernière année et le 30 juin de l'année précédente.

Le montant de la cotisation due par l'Etat fait l'objet d'un versement mensuel à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le 5 de chaque mois.



## **Sous-section 2 : Assurance vieillesse.**

### **Article R381-103**

Les détenus exécutant un travail pénal ou suivant un stage de formation professionnelle, affiliés obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale en application de l'article L. 381-31, sont immatriculés à la diligence du chef d'établissement pénitentiaire dans lequel ils sont incarcérés suivant les conditions prévues à l'article R. 381-97.

### **Article R381-104**

Les cotisations, salariale et patronale, sont fixées au taux de droit commun du régime général. Elles sont assises sur le total des rémunérations brutes des détenus.

### **Article R381-105**

Lorsque le travail est effectué pour le compte de l'administration et rémunéré sur les crédits affectés au fonctionnement des services généraux, les cotisations, salariale et patronale, sont intégralement prises en charge par l'administration. En outre, elles sont assises sur un montant forfaitaire établi par mois et égal au salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année et calculé sur la base de 67 heures.

### **Article R381-106**

Lorsque le travail est effectué par voie de concession, la cotisation patronale est prélevée sur la redevance spéciale créée par l'article 28 de la loi n° 55-359 du 3 avril 1955.

### **Article R381-107**

La part de cotisation à la charge du détenu est précomptée sur sa rémunération lors de chaque paie, sous réserve de l'application de l'article R. 381-105.

### **Article R381-109**

L'administration pénitentiaire adresse chaque année, avant le 31 janvier, aux organismes de recouvrement du régime général de sécurité sociale désignés en application des dispositions de l'article R. 243-44-1, une déclaration nominative par établissement pénitentiaire faisant ressortir le montant total des rémunérations brutes de chacun des détenus ayant effectué un travail pénal au cours de l'année civile précédente.

### **Article R381-110**

Les personnes ayant exécuté un travail pénal antérieurement au 1er janvier 1977 sont admises, si elles le demandent, à opérer des versements de rachat pour l'assurance vieillesse, au titre des périodes de détention comprises entre le 1er juillet 1930 et le 31 décembre 1976 inclus.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux personnes qui, avant le 1er janvier 1977, ont fait l'objet d'une détention provisoire dans la mesure où la durée de celle-ci n'a pas été imputée sur la durée de la peine.

### **Article R381-111**

Les demandes de rachat doivent être présentées soit dans le délai de dix ans à compter de la date d'effet de l'immatriculation à l'assurance obligatoire, soit dans le délai de dix ans à compter de la libération des intéressés.

Les caisses compétentes pour recevoir les demandes et encaisser les cotisations de rachat sont celles qui sont déterminées par l'article R. 351-37-2.

### **Article R381-114**

Le montant des cotisations dues au titre du rachat est égal à celui des cotisations prévues au premier alinéa de l'article L. 351-14-1.

Pour les assurés âgés de soixante-sept ans ou plus à la date de présentation de leur demande de rachat, le montant des cotisations est égal au montant des cotisations prévues par le premier alinéa de l'article L. 351-14-1 pour les assurés âgés de soixante-deux ans, diminué de 2,5 % par année révolue au-delà de cet âge.

### **Article R381-115**

Le versement des cotisations dues peut être échelonné dans les mêmes conditions que le versement

des cotisations prévues à l'article L. 351-14-1. Il peut être mis fin au versement dans les mêmes conditions que pour le versement des cotisations prévues à l'article L. 351-14-1.

### **Article R381-116**

La demande de rachat ne peut concerner des périodes de détention postérieures à la date d'entrée en jouissance d'une prestation de vieillesse.

### **Article R381-117**

Les droits des personnes qui demandent le bénéfice de l'article R. 381-110 sont liquidés suivant les règles en vigueur dans le régime général à la date d'entrée en jouissance de la pension.

### **Article R381-118**

Les assurés peuvent obtenir la liquidation de leurs droits à l'assurance vieillesse à compter, au plus tôt, du premier jour du mois suivant la date de dépôt de leur demande de rachat, sous réserve que leur demande de prestation de vieillesse ait été formulée dans les six mois suivant la date à laquelle leur aura été notifiée la décision faisant droit à leur demande de rachat.

### **Article R381-119**

Pour les personnes déjà titulaires d'une prestation de vieillesse, les droits sont révisés compte tenu des périodes antérieures à la date d'effet de la liquidation de cette prestation et ayant donné lieu à un versement de rachat dans la limite du nombre maximum de trimestres susceptibles d'être pris en compte à la date d'entrée en jouissance initiale. La prestation de vieillesse révisée prend effet au premier jour du mois civil suivant la date de la demande de rachat.

### **Article R381-120**

La mise en paiement des pensions correspondant au rachat est ajournée jusqu'au moment où le versement des cotisations de rachat est terminé.

## **Chapitre 2 : Personnes rattachées au régime général pour l'ensemble des risques**

## **Section 1 : Artistes auteurs**

### **Sous-section 1 : Champ d'application.**

#### **Article R382-1**

Sont affiliées aux assurances sociales prévues au chapitre II du titre VIII du livre III (partie Législative) et à l'article R. 382-2 les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 qui, au cours de la dernière année civile, ont tiré de leur activité d'artiste-auteur un revenu d'un montant au moins égal à 900 fois la valeur horaire moyenne du salaire minimum de croissance en vigueur pour l'année civile considérée, évalué conformément aux dispositions de l'article L. 382-3.

Un artiste-auteur qui ne remplit pas les conditions de ressources visées au premier alinéa peut être affilié aux assurances sociales prévues au présent chapitre s'il fait la preuve devant la commission compétente prévue à l'article L. 382-1 qu'il a exercé habituellement l'une des activités relevant du présent chapitre durant la dernière année civile.

Les dispositions des deux alinéas précédents s'appliquent sous réserve des mesures particulières qui concernent les auteurs d'oeuvres photographiques aux termes des dispositions de l'article L. 382-1.

Lorsqu'un artiste-auteur affilié aux assurances sociales prévues au présent chapitre a retiré de son activité d'artiste, au cours d'une année civile, un montant de ressources inférieur à 900 fois la valeur horaire moyenne du salaire minimum de croissance, son affiliation peut être maintenue par la caisse primaire d'assurance maladie, après avis de la commission prévue à l'article L. 382-1.

La radiation est prononcée par la caisse primaire d'assurance maladie à l'issue de cinq années successives de maintien de l'affiliation lorsque l'artiste-auteur a tiré chaque année de son activité d'artiste un montant de ressources inférieur à 450 fois la valeur horaire moyenne du salaire minimum de croissance en vigueur pour chaque année considérée. Le maintien peut cependant être exceptionnellement prolongé sur proposition motivée du directeur de l'organisme agréé compétent ou du médecin-conseil de la caisse.

#### **Article R382-2**

Entrent dans le champ d'application du présent chapitre les personnes dont l'activité, relevant des articles L. 112-2 ou L. 112-3 du code de la propriété intellectuelle, se rattache à l'une des branches professionnelles suivantes :

1°) Branche des écrivains :

- auteurs de livres, brochures et autres écrits littéraires et scientifiques ;

- auteurs de traductions, adaptations et illustrations des oeuvres précitées ;
- auteurs d'oeuvres dramatiques ;
- auteurs d'oeuvres de même nature enregistrées sur un support matériel autre que l'écrit ou le livre ;

2°) Branche des auteurs et compositeurs de musique :

- auteurs de composition musicale avec ou sans paroles ;
- auteurs d'oeuvres chorégraphiques et pantomimes ;

3°) Branche des arts graphiques et plastiques :

- auteurs d'oeuvres originales graphiques et plastiques telles que celles définies par les alinéas 1° à 6° du II de l'article 98 A de l'annexe III du code général des impôts ;

4°) Branche du cinéma et de la télévision :

- auteurs d'oeuvres cinématographiques et audiovisuelles, quels que soient les procédés d'enregistrement et de diffusion ;

5°) Branche de la photographie :

- auteurs d'oeuvres photographiques ou d'oeuvres réalisées à l'aide de techniques analogues à la photographie.

## **Sous-section 2 : Organismes agréés et commissions.**

### **Article R382-3**

Les commissions instituées par l'article L. 382-1 sont composées de représentants de l'Etat, de représentants des organisations syndicales et professionnelles des artistes auteurs et de représentants des personnes mentionnées à l'article L. 382-4 désignées ci-après sous le nom de "diffuseurs".

### **Article R382-4**

Les membres des commissions sont nommés pour trois ans par arrêté conjoint du ministre chargé de la culture et du ministre chargé de la sécurité sociale. Les représentants des artistes auteurs sont nommés sur proposition des organisations professionnelles et syndicales représentatives des intéressés. Les représentants des diffuseurs sont nommés après consultation des organisations professionnelles de ces derniers.

Il est institué une commission pour chacune des branches professionnelles mentionnées à l'article R. 382-2. Les commissions sont ainsi composées :

Commissions	Nombre de membres représentants			
	Des auteurs	Des diffuseurs	De l'Etat	Total
Commission des écrivains	7	2	2	11
Commission des auteurs, compositeurs de musique et chorégraphes	6	3	2	11
Commission des auteurs d'œuvres graphiques et plastiques	6	3	2	11
Commission des auteurs d'œuvres cinématographiques et audiovisuelles	6	3	2	11
Commission des photographes indépendants	6	3	2	11

Il est désigné un suppléant pour chaque membre titulaire.

## Article R382-5

Les commissions élisent leur président pour trois ans parmi leurs membres.

Elles se réunissent au moins une fois par trimestre sur convocation de leur président.

Elles émettent leur avis à la majorité des membres présents, compte non tenu des représentants de l'Etat, qui ne prennent pas part au vote. Ces derniers peuvent assortir de réserves tout avis qui ne leur paraît pas conforme aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Elles établissent leur règlement intérieur qui est soumis à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture.

Un suppléant ne siège qu'en l'absence du titulaire qu'il remplace.

## Article R382-6

L'accomplissement des missions prévues au dernier alinéa de l'article L. 382-4 est assuré pour le compte du régime général par deux organismes agréés, l'un pour les branches professionnelles mentionnées aux 1°, 2°, 4° et 5° de l'article R. 382-2, et l'autre pour la branche professionnelle mentionnée au 3° du même article.

Peuvent être agréées conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article L. 382-4, pour l'accomplissement des missions prévues à l'article R. 382-7, des associations régies par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, et dont les statuts satisfont aux dispositions des articles R. 382-8 à R. 382-11.

L'agrément est donné par arrêté conjoint du ministre chargé de la culture et du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R382-7**

Les organismes agréés assurent le recouvrement des cotisations et contributions instituées par les articles L. 382-3 et L. 382-4. Ils assument les obligations des employeurs en matière d'affiliation. A cet effet, ils instruisent les dossiers des artistes auteurs pour lesquels ils ont compétence et les transmettent aux organismes de sécurité sociale après avoir consulté, en tant que de besoin, les commissions définies à l'article R. 382-4.

Ils procèdent au recensement permanent des artistes auteurs et des diffuseurs, et assurent d'une manière générale les tâches administratives et comptables définies par les articles R. 382-16 et suivants et par la convention prévue au dernier alinéa de l'article R. 382-29.

### **Article R382-8**

Chaque organisme est administré par un conseil d'administration élu au scrutin de liste comprenant dix représentants des artistes-auteurs affiliés et quatre représentants des personnes physiques ou morales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-4. Le mandat des administrateurs est de six ans.

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 siéger au conseil d'administration en cas d'empêchement d'administrateurs élus de leur liste et à remplacer, dans l'ordre de la liste, ceux dont le siège deviendrait vacant. Lorsque la liste est épuisée, il n'est pas procédé au remplacement.

En outre, le Conseil comprend deux personnalités qualifiées nommées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture sur proposition des administrateurs élus. Ces personnalités sont nommées pour six ans et ont voix délibérative.

Siègent également au conseil d'administration, avec voix consultative :

1° Deux représentants de l'Etat, désignés respectivement par le ministre chargé de la sécurité sociale et par le ministre chargé de la culture ;

2° Un représentant de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ;

3° Un représentant de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

4° Trois personnalités qualifiées représentant les tiers avec lesquels l'organisme agréé a conclu des conventions prévues à l'article R. 382-19, nommées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture.

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 présents est supérieur à la moitié du nombre total des membres dont il est composé.

Les organismes ne peuvent, en aucun cas, allouer un traitement à leurs administrateurs. Toutefois, ils leur remboursent leurs frais de déplacement. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les conditions de prise en charge de ces frais.

Le conseil d'administration de l'organisme se réunit au moins une fois tous les trois mois. Il est en outre convoqué par le président toutes les fois que les besoins du service l'exigent. Lorsqu'un administrateur n'a pas de suppléant, il peut donner délégation de vote à un membre du conseil ; dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation. Les décisions sont prises à la majorité des voix.

Les délibérations du conseil deviennent exécutoires, en l'absence d'opposition du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé de la culture, dans un délai d'un mois à compter de leur transmission aux autorités précitées.

## **Article R382-9**

Les opérations financières et comptables de chaque organisme agréé sont effectuées sous le contrôle du conseil d'administration, par un directeur et un agent comptable.

Le directeur de chaque organisme agréé est nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture.

L'agent comptable de chaque organisme est nommé par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la culture et du ministre chargé du budget. Il est tenu d'assurer la gestion des comptes distincts correspondant au fonctionnement de l'organisme agréé.

## **Article R382-10**

Le directeur a seul qualité pour procéder à l'émission des ordres de recettes et des ordres de paiement ; il peut toutefois déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses pouvoirs à certains agents de l'organisme.



En cas de carence du directeur, à l'expiration d'un délai de huit jours suivant une mise en demeure effectuée par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, ledit responsable peut, aux lieu et place 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. L'agent comptable est tenu, sous la responsabilité du responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, de procéder à cette exécution.

### **Article R382-11**

L'agent comptable est chargé, sous sa propre responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, des opérations financières et comptables de l'organisme afférentes aux activités mentionnées à l'article R. 382-7.

Il doit, avant son installation, fournir, en garantie de sa gestion, un cautionnement dont le montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Il peut, sous sa responsabilité, se faire suppléer pour tout ou partie de ses attributions par un fondé de pouvoir muni d'une procuration, nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la culture et du ministre chargé du budget, et astreint également à la constitution d'un cautionnement.

### **Article R382-12**

Les organismes agréés agissent pour le compte des organismes de sécurité sociale et sont responsables des fonds qui leur sont confiés.

La comptabilité doit permettre de suivre distinctement les opérations afférentes, d'une part, aux cotisations et contributions et, d'autre part, à la gestion administrative.

### **Article R382-13**

Le financement des charges de gestion est assuré par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite du budget qui est soumis, avant le 31 décembre de l'année précédente, à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture.

Les ministres peuvent apporter à ce budget les modifications nécessaires.

L'agence centrale des organismes de sécurité sociale accorde des avances à l'organisme agréé dans les conditions fixées par la convention prévue au dernier alinéa de l'article R. 382-29.

## **Article R382-14**

En cas de carence des organismes agréés, l'évaluation d'office de l'assiette des contributions et cotisations prévue à l'article R. 382-21 et au troisième alinéa de l'article R. 382-28 peut être effectuée, au lieu et place des organismes, par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1. Cette évaluation est notifiée à l'organisme agréé concerné à l'expiration d'un délai de huit jours à compter de la date de la mise en demeure lorsque celle-ci est restée sans effet.

Le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, après avis du ministre chargé de la culture, peut, en cas d'irrégularité grave, de mauvaise gestion ou de carence du conseil d'administration, suspendre ledit conseil, ou l'un ou plusieurs de ses membres, et nommer un administrateur provisoire. Les mêmes dispositions s'appliquent au directeur.

## **Article R382-15**

Par exception aux dispositions de l'article R. 112-1, les organismes agréés sont soumis au contrôle du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la culture, qui peuvent faire procéder par leurs représentants à toutes investigations et tous contrôles sur place.

L'agence centrale des organismes de sécurité sociale exerce sur les organismes agréés un contrôle sur pièces dans les conditions déterminées par la convention mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 382-29, contrôle qui peut donner lieu aux vérifications sur place mentionnées au précédent alinéa.

Les organismes agréés sont tenus de communiquer aux fonctionnaires et agents chargés du contrôle sur place les documents administratifs et pièces comptables de toute nature.

## **Sous-section 3 : Immatriculation - Affiliation**

### **Article R382-16**

L'organisme agréé compétent adresse à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle se trouve le domicile de chaque intéressé, en vue de l'immatriculation de celui-ci, une déclaration accompagnée des justifications dont la nature est précisée par arrêté conjoint du ministre chargé de la culture et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le numéro d'immatriculation est immédiatement notifié à l'intéressé et à l'organisme agréé.

### **Article R382-16-1**

L'affiliation est prononcée par la caisse primaire d'assurance maladie dans les conditions définies à l'article L. 382-1 et conformément aux dispositions de l'article R. 382-1. La caisse notifie sa décision à l'intéressé et à l'organisme agréé. L'affiliation prend effet à compter du premier jour du mois qui suit la dernière année civile prise en considération pour l'affiliation aux termes de l'article R. 382-1.

La nature des justifications nécessaires à l'affiliation est précisée par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture.

L'organisme agréé adresse chaque année à la caisse primaire compétente copie de la déclaration fiscale de l'intéressé.

L'artiste-auteur est informé par la caisse primaire du renouvellement de son affiliation pour l'exercice en cours.

## **Sous-section 4 : Cotisations.**

### **Article R382-17**

Toute personne physique ou morale qui procède à la diffusion ou à l'exploitation commerciale des oeuvres originales relevant des arts mentionnés au présent chapitre est tenue de verser à l'organisme agréé compétent la contribution instituée à l'article L. 382-4.

La contribution due à l'occasion de la diffusion ou de l'exploitation commerciale des oeuvres des artistes, vivants ou morts, auteurs d'oeuvres graphiques et plastiques, est calculée en pourcentage, soit du chiffre d'affaires, toutes taxes comprises, afférent à cette diffusion ou à cette exploitation, même lorsque les oeuvres sont tombées dans le domaine public, soit, lorsque l'oeuvre n'est pas vendue au public, du montant de la rémunération brute de l'artiste auteur.

Pour la détermination du chiffre d'affaires mentionné à l'alinéa précédent, il est tenu compte de 30 % du prix de vente des oeuvres et, en cas de vente à la commission, du montant de la commission.

Lorsqu'il s'agit d'oeuvres autres que graphiques et plastiques,

la contribution est calculée en pourcentage du montant brut des droits d'auteur versés à l'auteur directement ou indirectement.

Pour l'application de l'alinéa précédent, on entend par droit d'auteur la rémunération au sens des articles L. 131-4 et L. 132-6 du code de la propriété intellectuelle afférente à la cession par l'auteur de ses droits sur son oeuvre, et versée soit directement à l'auteur ou à ses ayants droit, soit sous forme de redevance à un tiers habilité à les recevoir.

Le chiffre d'affaires mentionné au deuxième alinéa ci-dessus est celui de l'année civile précédant la

date de la déclaration prévue au deuxième alinéa de l'article R. 382-20.

La rémunération ou les droits d'auteur sont ceux qui sont versés au cours du trimestre civil précédant la date de la déclaration.

### **Article R382-18**

Les taux de la contribution mentionnée à l'article précédent sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la culture.

### **Article R382-19**

Sans préjudice des dispositions de l'article R. 382-29, les organismes agréés peuvent conclure, avec les tiers habilités par les artistes auteurs à percevoir pour leur compte des droits d'auteur, des conventions en vue du versement, par ces tiers, de la contribution et des cotisations précomptées afférentes à ces droits au lieu et place des débiteurs de ces contributions et cotisations. Ces conventions sont soumises à l'agrément du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture.

### **Article R382-20**

Les personnes physiques ou morales mentionnées au premier alinéa de l'article R. 382-17 doivent faire parvenir à l'organisme agréé compétent dans les huit jours qui suivent le début de leur activité, une déclaration d'existence indiquant leur adresse ou siège social ainsi que, s'il y a lieu, leur numéro d'immatriculation à titre d'employeur du régime général de sécurité sociale.

Les mêmes personnes doivent déclarer à l'organisme agréé compétent les éléments déterminant l'assiette de leurs contributions dans les conditions ci-après :

Les personnes dont la contribution est assise sur le chiffre d'affaires font parvenir à l'organisme agréé avant le 1er mai de chaque année la déclaration de leur chiffre d'affaires de l'année civile précédente ainsi qu'un état récapitulatif précisant la part du chiffre d'affaires correspondant à la diffusion ou à l'exploitation commerciale des oeuvres de chaque artiste-auteur.

Dans les autres cas, les déclarations de droits d'auteur et de rémunération sont adressées trimestriellement à l'organisme agréé en même temps que le versement des contributions ainsi que des cotisations prévues au deuxième alinéa de l'article R. 382-27. Elles portent sur le montant des rémunérations et des droits d'auteur versés au cours du trimestre civil écoulé.

Celles des personnes visées au premier alinéa dont la contribution n'est pas assise sur le chiffre d'affaires doivent également faire parvenir à l'organisme agréé, avant le 31 janvier de chaque année,

une déclaration faisant ressortir, pour chaque artiste-auteur dont elles ont diffusé ou exploité commercialement les oeuvres originales, le montant total des rémunérations versées au cours de l'année précédente.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les modèles des déclarations nécessaires à l'application des dispositions du présent article.

Les tiers habilités mentionnés à l'article R. 382-19 effectuent pour le compte des débiteurs les déclarations et versements aux dates fixées par la convention prévue au même article.

### **Article R382-21**

Lorsqu'il n'a pas reçu aux dates prescrites les déclarations requises à l'article précédent, l'organisme agréé procède à l'évaluation d'office de l'assiette de la contribution.

### **Article R382-22**

Dès la cessation de leur activité et, au plus tard, dans le délai de deux mois à dater de celle-ci, les personnes physiques ou morales concernées sont tenues de faire parvenir à l'organisme agréé compétent une déclaration de cessation d'activité accompagnée des éléments permettant de déterminer l'assiette de la contribution. A l'expiration de ce délai, l'organisme agréé compétent procède à l'évaluation d'office de l'assiette de la contribution due sur le chiffre d'affaires réalisé, jusqu'à la date de cessation d'activité.

### **Article R382-23**

Les cotisations dont sont redevables, pour la période du 1er juillet au 30 juin suivant, en application de l'article L. 382-3, les personnes mentionnées à l'article L. 382-1, sont assises, pour partie sur la totalité de leurs revenus artistiques tels que définis à l'article L. 382-3, pour partie sur la fraction de ces revenus qui n'excède pas le plafond de ressources prévu à l'article L. 241-3.

Sous réserve des dispositions du deuxième alinéa de l'article R. 382-27, les revenus et le plafond de ressources s'entendent de ceux de l'année civile précédant la période définie au premier alinéa ci-dessus.

L'arrêté mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 382-3 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R382-24**

Lorsque les personnes mentionnées à l'article R. 382-1 exercent une ou plusieurs activités les assujettissant au régime de sécurité sociale prévu au présent chapitre et que les revenus qu'elles retirent de ces activités sont inférieures au montant minimum défini à l'article R. 382-31, les cotisations sont établies sur une assiette forfaitaire égale à 900 fois la valeur horaire moyenne du salaire minimum de croissance pour l'année considérée.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui bénéficient d'un avantage de retraite.

### **Article R382-25**

Pour la période allant de la date d'affiliation au 30 juin suivant, les cotisations des personnes visées à l'article R. 382-24 sont établies sur la base de la moitié de l'assiette forfaitaire définie au même article.

### **Article R382-26**

Lorsque les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 exercent par ailleurs une ou plusieurs activités salariées ou assimilées, la cotisation assise sur les revenus inférieurs au plafond, due au titre de leur activité artistique est calculée sur les revenus artistiques, dans la limite de la différence entre le plafond de ressources soumis à cotisation et le total des revenus salariaux afférents à l'année civile précédant la période au cours de laquelle la cotisation est due.

Lorsque les revenus salariaux sont égaux ou supérieurs au plafond, seule est due la cotisation établie sur la totalité des revenus artistiques.

L'arrêté mentionné à l'article L. 382-6 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R382-27**

La fraction de cotisation à la charge de l'artiste auteur, assise sur les revenus provenant des activités artistiques et n'excédant pas le plafond de ressources soumis à cotisation, est versée par l'intéressé à l'organisme agréé compétent.

La fraction de cotisation à la charge de l'artiste auteur, assise sur la totalité des revenus provenant des activités artistiques déclarés par un tiers, est précomptée et versée à l'organisme agréé compétent par la personne physique ou morale de laquelle l'intéressé perçoit sa rémunération. Lorsque les revenus provenant des activités artistiques ne sont pas déclarés par un tiers, cette fraction de cotisation est versée par l'artiste auteur à l'organisme agréé compétent.

Lorsqu'il y a précompte, les cotisations dues au titre de l'assurance maladie maternité, la

contribution sociale généralisée et la contribution pour le remboursement de la dette sociale à la charge de l'artiste-auteur sont précomptés :

1° Aux taux de droit commun sur les revenus assimilés fiscalement à des traitements et salaires ;

2° De manière provisionnelle, aux taux de droit commun sur les rémunérations qui ne sont pas assimilées à des traitements ou salaires, sauf si l'artiste-auteur justifie auprès des personnes qui lui versent les rémunérations qu'il est imposable sur le revenu au titre des bénéficiaires non commerciaux pour ses activités artistiques. L'organisme agréé chargé du recouvrement des cotisations fournit à cette fin à l'artiste-auteur une attestation, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'artiste-auteur ne peut s'opposer au prélèvement de ce précompte. Le paiement de la rémunération effectué sous déduction du précompte vaut acquit pour l'artiste-auteur des sommes précomptées, selon des modalités fixées par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture.

### **Article R382-28**

Pour l'application des articles R. 382-23 et R. 382-26, les intéressés sont tenus de fournir à l'organisme agréé compétent avant le 1er avril une déclaration comportant l'indication détaillée par nature des revenus tirés de leurs activités professionnelles au cours de l'année précédente. A cette déclaration doit être jointe une copie certifiée conforme par l'intéressé de sa dernière déclaration d'impôt sur le revenu.

La déclaration doit être complétée, au plus tard le 1er octobre de chaque année, par l'avis d'imposition sur le revenu fourni par l'administration fiscale.

En cas de carence, l'organisme agréé compétent procède à l'évaluation d'office des ressources servant de base au calcul de la cotisation.

Si la situation de l'intéressé se modifie au regard des conditions d'affiliation, l'organisme agréé compétent en avise la caisse primaire d'assurance maladie après avoir consulté, si cela est nécessaire, la commission mentionnée à l'article R. 382-1.

### **Article R382-29**

Les contributions et cotisations sont versées trimestriellement à l'organisme agréé compétent qui délivre, dès réception de celles-ci, les attestations de versement correspondantes.

Les contributions ainsi que les cotisations assises sur la part des revenus n'excédant pas le plafond sont payables les 15 juillet, 15 octobre, 15 janvier et 15 avril.

Les cotisations assises sur la totalité des revenus sont dues aux mêmes dates au titre des précomptes effectués au cours du trimestre précédent.

Dans le cas prévu à l'article R. 382-22, il est procédé par l'organisme agréé compétent à l'appel de la contribution due. Celle-ci est exigible dans le délai d'un mois à compter de la date de l'appel.

Lorsque les contributions et cotisations ne sont pas versées dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle elles sont exigibles, l'organisme agréé avise l'union de recouvrement qui exerce contre l'intéressé les sanctions prévues par le présent code.

Le produit des contributions et cotisations est adressé à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale selon des modalités fixées par convention entre cet organisme et l'organisme agréé. Cette convention est approuvée par le ministre chargé de la sécurité sociale. A défaut de convention, les modalités sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R382-30**

Lorsque les cotisations et contributions n'ont pas été acquittées à la date limite d'exigibilité prévue à l'article R. 382-29, il est fait application des dispositions des articles R. 243-18 à R. 243-21.

## **Article R382-30-1**

Le financement de l'action sociale prévue à l'article L. 382-7 est assuré par l'affectation d'une fraction de la contribution instituée à l'article L. 382-4. Cette fraction est fixée, pour la période comprise entre le 1er juillet d'une année et le 30 juin de l'année suivante, à 1,5 % du montant recouvré lors de l'année civile précédente.

Peuvent bénéficier de cette action sociale les personnes mentionnées à l'article R. 382-24 que leur situation économique et sociale, appréciée compte tenu de celle de leur conjoint, de leur concubin ou de leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité met dans l'impossibilité de s'acquitter des cotisations sociales dont elles sont redevables.

Le montant des cotisations prises en charge, pour la période comprise entre le 1er juillet et le 30 juin, ne peut excéder le montant des cotisations établies sur la base de l'assiette forfaitaire mentionnée à l'article R. 382-24.

La demande motivée de prise en charge de tout ou partie des cotisations dues au titre de la dernière année civile est adressée à la commission prévue à l'article R. 382-30-2. L'intéressé doit avoir fourni au préalable à l'organisme agréé compétent les déclarations mentionnées au premier alinéa de l'article R. 382-28 relatives à ladite année civile.

Un artiste auteur ne peut bénéficier de la prise en charge de tout ou partie de ses cotisations au titre de plus de trois années civiles consécutives.



## **Article R382-30-2**

L'action sociale prévue à l'article L. 382-7 est exercée par une commission de dix membres, nommés pour moitié par le conseil d'administration de chacun des deux organismes agréés prévus à l'article R. 382-6.

A cet effet, chaque conseil d'administration choisit en son sein quatre des représentants élus des artistes auteurs et un des représentants élus des personnes physiques ou morales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-4. Il désigne également, pour chaque membre titulaire, un suppléant choisi dans le même collège. Un suppléant ne siège qu'en l'absence du titulaire qu'il remplace.

Le président est élu en son sein par la commission, pour une durée d'un an. Il doit être alternativement choisi parmi les représentants de chaque organisme agréé.

La commission établit son règlement intérieur qui est soumis à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture.

La commission se prononce à la majorité de ses membres, en tenant compte notamment de la totalité des revenus nets de frais passibles de l'impôt sur le revenu des assurés, de leur conjoint, de leur concubin ou de leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité qui demandent à bénéficier d'une prise en charge de leurs cotisations, et de tous autres éléments relatifs à la situation économique et sociale des intéressés, appréciée compte tenu de celle de leur conjoint, de leur concubin ou de leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité.

Deux commissaires du Gouvernement, désignés respectivement par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de la culture, assistent aux séances de la commission.

Les délibérations de la commission deviennent exécutoires dans un délai de quinze jours, en l'absence d'opposition de l'un des commissaires du Gouvernement.

Le secrétariat de la commission est assuré conjointement par les directeurs des deux organismes agréés.

## **Sous-section 5 : Prestations.**

### **Article R382-31**

Les personnes mentionnées à l'article R. 382-1, qui justifient avoir retiré de leur activité artistique des ressources au moins égales, au cours d'une année civile, à 900 fois la valeur horaire moyenne du salaire minimum de croissance pour l'année considérée, sont réputées remplir les conditions de

durée de travail requises par les articles R. 313-1 à R. 313-9 pour avoir droit et ouvrir droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès.

L'ouverture du droit est acquise sous cette condition pour la période qui, après la fin de l'année civile de référence, va du 1er juillet au 30 juin. Elle est toutefois acquise jusqu'au 30 juin de l'année qui suit celle au cours de laquelle la décision d'affiliation a été prise.

Conformément au deuxième alinéa de l'article L. 382-9, les personnes qui ne satisfont pas à la condition prévue au premier alinéa peuvent, néanmoins, compte tenu de leurs titres et de leur qualité d'artiste professionnel, avoir droit et ouvrir droit auxdites prestations sur décision prise par la caisse.

L'ouverture du droit est réexaminée l'année suivante en fonction des revenus déclarés.

### **Article R382-31-1**

Pour avoir droit aux indemnités journalières prévues aux articles L. 331-3, L. 331-7 et L. 331-8, les personnes mentionnées à l'article R. 382-31 doivent en outre justifier de dix mois d'immatriculation respectivement à la date présumée de l'accouchement, ou à la date du début du congé d'adoption ou à la date du début du congé de paternité.

### **Article R382-31-2**

Lorsque l'arrêt de travail se prolonge sans interruption au-delà du sixième mois, les personnes mentionnées à l'article R. 382-31, pour avoir droit aux indemnités journalières après le sixième mois d'incapacité de travail, doivent être immatriculées depuis douze mois au moins au premier jour du mois au cours duquel est intervenue l'interruption de travail.

### **Article R382-32**

Pour les personnes mentionnées à l'article R. 382-1 qui exercent par ailleurs une ou plusieurs activités salariées ou assimilées, il est ajouté à la durée de travail requise par les articles R. 313-1 et suivants, pour l'ouverture du droit au titre de l'activité salariée ou assimilée, la durée de travail réputée correspondre à l'activité artistique et déterminée en rapportant le montant de l'assiette soumise à cotisation à la valeur horaire du salaire minimum de croissance définie à l'article R. 382-31.

A cet effet, la durée de travail artistique évaluée comme il est dit au premier alinéa de l'article R. 382-31 est, le cas échéant, réduite au prorata de la durée de la période de référence retenue au titre de l'activité salariée ou assimilée.

La totalisation des périodes d'activités artistiques et salariées ou assimilées permet uniquement le versement des prestations de même nature, auxquelles chacune de ces activités ouvre respectivement droit.

### **Article R382-33**

Pour la détermination du délai à l'expiration duquel sont accordées les prestations en espèces de l'assurance maladie, il est fait application des dispositions du 1° de l'article R. 323-1.

### **Article R382-34**

Le gain journalier servant de base au calcul des prestations en espèces de l'assurance maladie est déterminé en divisant par 365 le montant de l'assiette annuelle prévue aux articles R. 382-23 à R. 382-26 afférente à la dernière année civile connue de la caisse et dans la limite de 1,8 fois le salaire minimum de croissance calculé pour un an sur la base de la durée légale du travail.

### **Article R382-34-1**

Le gain journalier servant de base au calcul des prestations en espèces de l'assurance maternité est déterminé en divisant par 365 le montant de l'assiette annuelle prévue aux articles R. 382-23 à R. 382-26 afférente à la dernière année civile connue de la caisse et dans la limite du plafond mentionné à l'article L. 241-3.

### **Article R382-35**

Le salaire à prendre en compte pour le calcul des pensions d'invalidité et de vieillesse est égal au montant de l'assiette définie selon le cas aux articles R. 382-23 à R. 382-26.

### **Article R382-36**

Le gain journalier servant de base au calcul de prestations de l'assurance décès est déterminé en divisant par 365 le montant de l'assiette annuelle mentionnée aux articles R. 382-23 à R. 382-26 et afférents à l'année civile antérieure au décès.

## **Sous-section 7 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.**

### **Article R382-37**

A la fin de chaque exercice, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale après déduction de la fraction prévue à l'article L. 382-7 affecte à la caisse nationale de l'assurance maladie, à la caisse nationale des allocations familiales et à la caisse nationale d'assurance vieillesse une fraction du produit de la contribution prévue à l'article L. 382-4, égale à la différence entre le montant des dépenses du régime supportées par chacune de ces caisses et le produit des cotisations personnelles des artistes qui ont été attribuées à chacune d'elles.

Le cas échéant, le solde du produit de la contribution résultant de l'application des dispositions de l'alinéa précédent est réparti entre les mêmes caisses nationales, au prorata de chacun des trois taux suivants, rapportés à leur somme :

1° La fraction à la charge des employeurs du taux des cotisations proportionnelles aux rémunérations visées à l'article L. 241-1, pour la Caisse nationale de l'assurance maladie ;

2° La fraction à la charge des employeurs du taux des cotisations assises sur les rémunérations visées au premier alinéa de l'article L. 241-3, pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse ;

3° La fraction à la charge des employeurs du taux des cotisations proportionnelles à l'ensemble des rémunérations, visées au 1° de l'article L. 241-6, pour la Caisse nationale des allocations familiales.

Lorsque le produit de la contribution prévue à l'article L. 382-4 est insuffisant pour l'application des dispositions du premier alinéa du présent article, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale affecte à chaque caisse nationale une fraction de la contribution proportionnellement à la différence entre le montant des dépenses du régime supportées par la caisse et le produit des cotisations personnelles des artistes qui lui ont été attribuées.

## **Sous-section 8 : Elections**

### **Paragraphe 1 : Electorat - Eligibilité**

#### **Article R382-38**

Sont électeurs pour les conseils d'administration des organismes agréés mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 382-4 :

1° Les artistes-auteurs affiliés aux assurances sociales prévues au présent chapitre à jour de leurs obligations en matière de cotisations sociales ;

2° Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-4 qui sont à jour de leurs obligations en matière de contribution et ont contribué au titre des trois dernières années pour un montant total au moins égal à 4 574 euros.

La qualité d'électeur s'apprécie à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les personnes énumérées au présent article doivent n'avoir encouru aucune des condamnations mentionnées aux articles L. 5 et L. 6 du code électoral.

### **Article R382-39**

Sont éligibles au conseil d'administration de l'organisme agréé dont ils relèvent les électeurs âgés de dix-huit ans accomplis et n'ayant pas fait l'objet, dans les cinq années précédentes, d'une condamnation à une peine contraventionnelle prononcée en application des dispositions du présent code ou à une peine correctionnelle.

### **Article R382-40**

Sont inéligibles ou, s'ils ont été élus, perdent le bénéfice de leurs mandats sur constat du conseil d'administration exprimé par une délibération :

- a) Les assurés sociaux qui ne sont pas à jour de leurs obligations en matière de cotisations sociales et les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-4 qui ne sont pas à jour de leurs obligations en matière de contribution ;
- b) Les membres du personnel des organismes ;
- c) 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.

Perd le bénéfice de son mandat l'administrateur élu qui cesse d'appartenir à l'une des branches professionnelles relevant de l'organisme où il siège, ainsi que l'administrateur qui, sans motif légitime, n'assiste pas à quatre séances consécutives du conseil d'administration auquel il appartient.

## **Paragraphe 2 : Listes électorales**

### **Article R382-41**

Les électeurs sont répartis, pour chaque organisme, en deux collèges regroupant respectivement les assurés sociaux et les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-4.

Ils sont inscrits sur des listes électorales établies par le service mentionné à l'article R. 155-1, assisté d'une commission administrative pour chaque organisme agréé, compte tenu des documents qui lui sont transmis par cet organisme et par les caisses primaires d'assurance maladie. Les listes électorales sont publiées au siège des organismes agréés, ainsi qu'au siège de chaque caisse primaire d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret.

Les personnes radiées ou dont l'inscription a été refusée peuvent contester la radiation ou le refus d'inscription devant le tribunal d'instance. Dans les mêmes conditions, tout électeur inscrit peut réclamer l'inscription ou la radiation d'un électeur omis ou indûment inscrit. Le délai de recours est fixé à dix jours à compter de la date de publication des listes électorales.

### **Paragraphe 3 : Déclaration de candidature**

#### **Article R382-42**

Les candidatures des artistes-auteurs et des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-4 sont présentées par listes. Les listes de candidatures doivent comprendre un nombre de candidats égal au double du nombre d'administrateurs titulaires à élire. Les listes sont déposées et publiées dans des conditions fixées par décret.

La régularité des listes de candidatures peut être contestée devant le tribunal d'instance dans un délai de trois jours à partir de leur publication.

### **Paragraphe 4 : Propagande**

#### **Article R382-43**

Pour assurer aux listes de candidatures en présence l'égalité des moyens au cours de la campagne électorale, chaque liste disposera de documents dont les caractéristiques, le nombre et la date d'établissement sont fixés par décret.

Quarante-cinq jours avant la date du scrutin, il est institué auprès du service mentionné à l'article R. 155-1 une commission chargée de l'ensemble des opérations matérielles de la propagande électorale et de la préparation du scrutin.

#### **Article R382-44**

Les candidats d'une même liste font procéder eux-mêmes à l'impression de leurs bulletins, circulaires et affiches dont le coût leur est remboursé dans des conditions fixées par décret.

## **Paragraphe 5 : Opérations préparatoires au scrutin**

### **Article R382-45**

La date du scrutin et celle de l'ouverture de la campagne électorale sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Paragraphe 6 : Opérations de vote**

### **Article R382-46**

Le vote a lieu par correspondance, auprès d'un bureau distinct pour chaque organisme. Le scrutin est secret.

Le recensement général des votes est opéré, pour chaque organisme, par une commission présidée par un membre du service mentionné à l'article R. 155-1. Cette commission comprend, en outre, deux électeurs de chaque collège désignés par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, un membre de ce service et le directeur de la circonscription régionale de La Poste ou son représentant. Le responsable du service mentionné ci-dessus désigne également le secrétaire de la commission.

Un représentant de chacune des listes peut assister avec voix consultative aux opérations de la commission. Les nom, prénoms, date et lieu de naissance des représentants des listes sont notifiés au président de la commission par pli recommandé en dispense d'affranchissement au plus tard quarante-huit heures avant le jour du scrutin.

### **Article R382-47**

Le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 adresse à chaque électeur, quinze jours avant la date du scrutin, dans une même enveloppe fermée, une circulaire et un bulletin de vote de chacune des listes et l'enveloppe destinée à recueillir le bulletin de vote. Il lui adresse également une enveloppe externe portant mention des nom, prénoms et adresse de l'électeur ainsi que l'organisme agréé et du collège dont il relève.

L'électeur introduit l'enveloppe destinée à recueillir le bulletin de vote dans l'enveloppe externe qu'il clôt et sur laquelle il appose sa signature.

Le pli doit être remis à La Poste au plus tard le jour de l'élection. Tout envoi postérieur à la date de l'élection, le cachet de La Poste faisant foi, n'entre en compte ni pour le recensement ni pour le

dépouillement des votes.

Les enveloppes contenant les votes sont reçues au siège de la commission de recensement. Elles y sont classées et conservées dans un local clos sous la responsabilité du président de la commission de recensement. Le dépouillement a lieu le troisième jour suivant la date des élections.

### **Article R382-48**

Les noms des électeurs inscrits sur les enveloppes externes dûment signées sont pointés sur la liste électorale : ces enveloppes sont en même temps ouvertes et les enveloppes destinées à recevoir le bulletin de vote sont placées dans une urne correspondant au collège concerné et conforme aux dispositions de l'article R. 214-5.

Lorsque le scrutin est clos, la commission procède au dépouillement des votes. L'un des membres de la commission extrait le bulletin de l'enveloppe et le passe déplié à un autre membre qui lit à haute voix le titre de la liste. Ce titre est inscrit sur une feuille de dépouillement prévue à cet effet. Les dispositions de l'article R. 214-28 sont applicables à la présente section.

Lors de la clôture du scrutin, les enveloppes sont jointes aux listes d'émargement de la commission. Ces documents doivent être conservés pendant quatre mois après l'expiration des délais prescrits pour l'exercice des recours contre l'élection.

Les plis envoyés postérieurement à la date de l'élection sont détruits sans avoir été ouverts.

### **Article R382-49**

L'élection des représentants des assurés sociaux et des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-4 a lieu au scrutin de liste à la représentation proportionnelle suivant la règle du plus fort reste sans panachage ni rature ni vote préférentiel. Sur chaque liste, les sièges sont attribués aux candidats d'après l'ordre des présentations et conformément aux dispositions de l'article R. 214-36.

### **Article R382-50**

Les résultats par collège sont proclamés par la commission compétente et affichés au siège des organismes agréés et au siège de chaque caisse primaire d'assurance maladie.

Le procès-verbal des opérations de la commission est signé par les membres de la commission. Un exemplaire en est aussitôt transmis au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

## **Paragraphe 7 : Contentieux**



## **Article R382-51**

Dans les huit jours de l'affichage des résultats, tout électeur et tout éligible peuvent contester devant le tribunal d'instance la régularité des listes de candidatures, l'éligibilité d'un candidat, l'éligibilité ou l'élection d'un élu et la régularité des opérations électorales. Le recours est également ouvert au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 qui peut l'exercer dans un délai de quinze jours à compter de la réception du procès-verbal mentionné à l'article R. 382-50.

## **Article R382-52**

Les contestations relatives à l'électorat, à l'éligibilité et à la régularité des opérations électorales relèvent de la compétence du tribunal d'instance dans le ressort duquel se trouve la préfecture de la région où l'organisme agréé a son siège. Le tribunal statue en dernier ressort. Les dispositions des articles R. 214-42 à R. 214-45 sont applicables. Toutefois, si le recours est formé en vertu des dispositions du deuxième alinéa de l'article R. 382-42, le tribunal statue dans les trois jours.

Si le recours porte sur les listes électorales conformément aux dispositions de l'article R. 382-41 et concerne une autre personne que le requérant, la déclaration comporte les nom, prénoms et adresse de cette personne.

## **Article R382-53**

Le pourvoi en cassation est formé dans les dix jours [\*délai\*] suivant la notification de la décision du tribunal d'instance.

Les pourvois contre les décisions prises par le tribunal d'instance en vertu de l'article R. 382-41 sont régis par les articles R. 15-1 à R. 15-6 du code électoral.

Les pourvois contre les décisions prises par le tribunal d'instance en vertu des articles R. 382-42 et R. 382-51 sont régis par les articles 999 à 1008 du code de procédure civile.

## **Article R382-54**

Les délais de recours fixés par la présente section sont calculés et prorogés conformément aux dispositions des articles 640, 641 et 642 du code de procédure civile.

## **Paragraphe 8 : Dispositions diverses**

## **Article R382-55**

Les dépenses afférentes aux élections sont prises en charge par les organismes, à l'exception des dépenses de fonctionnement courant exposées à ce titre par le service mentionné à l'article R. 155-1.

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

## **Section 2 : Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses**

### **Sous-section 1 : Dispositions générales.**

#### **Article R382-56**

L'autorité compétente de l'Etat prévue au deuxième alinéa de l'article L. 382-15 est le ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Paragraphe 1 : Champ d'application.**

#### **Article R382-57**

Sous réserve qu'ils ne relèvent pas à titre obligatoire d'un autre régime de base de sécurité sociale et qu'ils résident en France métropolitaine ou soient détachés temporairement à l'étranger, 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 instituée respectivement par l'article L. 382-27 et par l'article L. 382-24 relèvent du régime général de sécurité sociale, dans les conditions prévues par la présente section et sont affiliés à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes mentionnée à l'article L. 382-17.

Est considéré, pour l'application du présent article, comme relevant à titre obligatoire d'un autre régime de base de sécurité sociale l'assuré qui remplit dans ce régime les conditions d'ouverture du droit aux prestations en matière d'assurance maladie ou vieillesse.

Le régime obligatoire d'assurance vieillesse s'applique également aux ministres des cultes et aux membres des congrégations et collectivités religieuses qui relèvent d'un autre régime obligatoire de sécurité sociale en raison d'une activité exercée à temps partiel dès lors qu'elle procure une rémunération annuelle inférieure à 800 fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance en

vigueur du 1er janvier de l'année considérée.

## **Paragraphe 2 : Commission consultative.**

### **Article R382-58**

La commission instituée par le deuxième alinéa de l'article L. 382-15 auprès du ministre chargé de la sécurité sociale comprend :

1°) un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire, président ;

2°) quatre représentants de l'administration, à savoir :

a. deux représentants du ministre chargé de la sécurité sociale ;

b. un représentant du ministre de l'intérieur ;

c. un représentant du ministre chargé du budget ;

3°) six personnalités choisies en raison de leur compétence et connues pour leurs travaux, leurs activités, leurs connaissances sur les problèmes de protection sociale des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses des divers cultes, et les questions relatives au statut juridique des cultes et aux problèmes de sociologie religieuse.

Un représentant de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et deux représentants de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes, siègent à la commission, à titre consultatif.

La commission peut entendre à titre consultatif toute personne qui paraît pouvoir lui apporter un concours utile.

### **Article R382-59**

Les membres de la commission sont nommés pour quatre ans renouvelables par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les personnalités mentionnées au 1° et au 2° du premier alinéa de l'article R. 382-58 ont des suppléants nommés dans les mêmes conditions. Les membres suppléants ne siègent à la commission que lorsqu'ils remplacent des membres titulaires.

## **Article R382-60**

Le ministre chargé de la sécurité sociale saisit la commission de toutes questions soulevées par l'application des dispositions de la présente section sur lesquelles il estime devoir recueillir son avis.

Il la saisit également à la demande :

1°) du président de la commission ;

2°) de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

3°) de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes ;

4°) des associations, congrégations et collectivités religieuses.

Le ministre informe de la saisine les organismes, associations, congrégations ou collectivités intéressés dont émane la demande.

## **Article R382-61**

La commission est convoquée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R382-62**

Le secrétariat de la commission est assuré par la direction de la sécurité sociale.

## **Article R382-63**

Le président de la commission peut constituer, pour préparer les délibérations de celle-ci, soit à son initiative, soit à la demande de la commission, des groupes de travail composés de membres de ladite commission ou de personnes non membres de la commission choisies en raison de leur compétence sur une question particulière dont la commission est saisie.

## **Article R382-64**

Chaque question soumise à la commission fait l'objet d'un rapport. Les rapports sont présentés soit par un membre de la commission, soit par un rapporteur désigné par le président.

Peuvent être désignés comme rapporteurs des fonctionnaires en activité ou retraités.

### **Article R382-65**

La commission ne peut émettre un avis que si plus de la moitié de ses membres, dont au moins trois personnalités mentionnées au 3° du premier alinéa de l'article R. 382-58, assistent à la séance.

### **Article R382-66**

Les avis émis par la commission sont communiqués au ministre chargé de la sécurité sociale qui les notifie, en tant que de besoin, aux organismes, associations, congrégations ou collectivités intéressés.

### **Article R382-67**

Les membres de la commission, sauf les représentants des ministres, ainsi que les personnes mentionnées au dernier alinéa de l'article R. 382-58 et à l'article R. 382-63 peuvent bénéficier, à l'exclusion de toute autre indemnité, du remboursement de leurs frais de déplacement dans les conditions fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

### **Article R382-68**

Les rapporteurs peuvent bénéficier d'indemnités de vacation dans les conditions fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

### **Article R382-69**

Sous réserve des dispositions réglementant le libre accès aux documents administratifs, les membres de la commission, les personnes mentionnées au dernier alinéa de l'article R. 382-58 et à l'article R. 382-63 ainsi que les rapporteurs sont tenus à l'obligation de discrétion en ce qui concerne les faits et informations dont ils ont pu avoir connaissance du fait de leurs fonctions.

Les rapporteurs ne peuvent publier certains de leurs rapports ou certaines parties de ceux-ci qu'avec

l'accord du président et l'autorisation du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Paragraphe 3 : Organisation de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes.**

#### **Article R382-70**

Le conseil d'administration de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes est composé de trente-quatre administrateurs nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à savoir :

1°) vingt-sept administrateurs au titre du culte catholique désignés par ses associations diocésaines ou leur union et ses congrégations en France ou leurs deux unions de supérieurs majeurs ;

2°) cinq administrateurs au titre des autres cultes concernés par l'article L. 382-15 ;

3°) deux administrateurs au titre des anciens ministres du culte et anciens membres des associations, congrégations ou collectivités religieuses.

Sept administrateurs suppléants dont trois pour le culte catholique sont nommés dans les mêmes conditions que les administrateurs titulaires.

Un administrateur supplémentaire titulaire et un administrateur suppléant peuvent être nommés après avis de la commission consultative prévue à l'article L. 382-15.

Un administrateur suppléant ne peut siéger qu'en l'absence d'un administrateur titulaire désigné au titre de la même catégorie.

#### **Article R382-71**

Les membres du conseil d'administration sont nommés pour quatre ans et leur mandat est renouvelable.

Le président et le vice-président du conseil d'administration sont élus au scrutin secret ; l'élection a lieu au premier et au deuxième tour de scrutin à la majorité des suffrages exprimés, exclusion faite des bulletins blancs ou nuls, au troisième tour à la majorité relative des suffrages exprimés et, en cas de partage égal des voix, au bénéfice de l'âge.

Le président et le vice-président sont élus pour la durée du mandat des administrateurs.

## **Article R382-72**

Les membres du conseil d'administration de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes doivent relever de cette dernière, jouir de leurs droits civils, être à jour des cotisations de sécurité sociale prévues aux articles R. 382-89 et R. 382-90 et dont ils sont redevables soit à titre personnel, soit comme responsables d'un organisme débiteur de cotisations ; ils ne doivent pas avoir fait l'objet d'une condamnation à une peine correctionnelle en application des dispositions du présent code, ou, dans les cinq années précédentes, à une peine contraventionnelle prononcée en application du même code.

Les fonctions de membre du conseil d'administration sont incompatibles avec un emploi d'agent d'un organisme de sécurité sociale.

Les trois quarts au moins des membres du conseil d'administration doivent être de nationalité française.

## **Article R382-73**

Sont déclarés démissionnaires d'office par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale :

1°) les administrateurs qui cessent de remplir l'une des conditions prévues à l'article R. 382-72 ;

2°) les administrateurs qui cessent d'appartenir à la catégorie prévue à l'article R. 382-70 au titre de laquelle ils avaient été nommés ;

3°) les membres du conseil d'administration qui, sans motif valable, n'assistent pas à quatre séances consécutives.

Les administrateurs déclarés démissionnaires d'office ne peuvent être désignés à nouveau pour la durée du mandat du conseil d'administration en exercice, ni avant un délai de quatre ans.

Il est immédiatement pourvu aux vacances de postes d'administrateurs. Les fonctions des administrateurs nommés en cours de mandat des autres administrateurs cessent à la même date que les fonctions de ceux-ci.

## **Article R382-74**

La Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes est placée sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Le ministre chargé de la sécurité sociale est représenté par un commissaire du Gouvernement, qui

assiste aux séances du conseil d'administration et qui est entendu chaque fois qu'il le demande.

Un représentant du ministre de l'intérieur assiste également aux séances du conseil d'administration. Il est entendu chaque fois qu'il le demande.

### **Article R382-75**

Le conseil d'administration de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes se réunit au moins trois fois par an. Il peut, en outre, être convoqué par le président soit à l'initiative de celui-ci, soit sur l'invitation du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le conseil d'administration ne peut valablement délibérer que si la majorité des membres ayant voix délibérative assiste à la séance.

Lorsqu'ils ne sont pas suppléés, les administrateurs peuvent donner délégation de vote à un autre membre du conseil d'administration. Dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents ayant voix délibérative.

### **Article R382-76**

Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes soit sur proposition de son président, de ses membres ou du directeur, soit sur l'initiative du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le conseil d'administration établit le règlement intérieur de la caisse. Conformément aux dispositions de l'article L. 382-29, ce règlement est soumis à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le conseil d'administration vote avant le 1er janvier de l'année à laquelle ils se rapportent le budget de gestion administrative de la caisse et les budgets d'action sanitaire et sociale de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse. Le directeur présente au conseil un tableau évaluatif pour l'année à venir des recettes et dépenses afférentes aux risques gérés par la caisse. Les dépenses de gestion administrative sont réparties entre ces risques suivant des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Les comptes annuels du régime sont établis par l'agent comptable et arrêtés par le directeur. Ils sont ensuite présentés par le directeur et l'agent comptable au conseil d'administration qui, au vu de l'opinion émise par l'instance chargée de la certification, les approuve sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres.

Le conseil d'administration émet un avis sur les questions dont il est saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale, et le ministre chargé du budget ainsi que dans le cas où des textes particuliers prévoient sa consultation.

### **Article R382-77**



Dans les vingt jours qui suivent la séance, les procès-verbaux des délibérations du conseil d'administration sont envoyés au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget, en vue de leur examen dans le cadre des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 382-17.

En cas d'urgence, le ministre chargé de la sécurité sociale peut, après accord avec le ministre chargé du budget, viser pour exécution immédiate une délibération qui lui a été communiquée en application du deuxième alinéa de l'article L. 382-17.

### **Article R382-78**

Le conseil d'administration de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes peut décider de constituer, en liaison avec un autre organisme de sécurité sociale, un service commun en vue de procéder à l'immatriculation des assurés et au recouvrement des cotisations et majorations de retard.

### **Article R382-79**

Le conseil d'administration peut désigner en son sein des commissions et leur déléguer une partie de ses attributions.

La commission de recours amiable comprend quatre administrateurs, dont un n'a pas été désigné au titre du culte catholique.

### **Article R382-80**

La commission de recours amiable de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes, saisie d'un litige portant sur le champ d'application des dispositions du présent chapitre et celles de la présente section, peut solliciter l'avis de la commission consultative prévue à l'article L. 382-15.

Dans ce cas, le délai d'un mois mentionné à l'article R. 142-6 est suspendu à compter de la demande d'avis dont le requérant est informé. Le délai court à nouveau à compter du jour de la notification au requérant, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, de l'avis formulé par la commission consultative.

### **Article R382-81**

La caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes peut faire appel à des correspondants locaux chargés de constituer les dossiers des assurés sociaux résidant dans la

circonscription qui leur est attribuée.

Ces correspondants peuvent, en outre, recevoir du conseil d'administration de la caisse des missions plus étendues.

Ils sont considérés comme mandataires de la caisse et engagent la responsabilité de celle-ci dans la mesure où la caisse leur confie des fonds en vue du paiement des prestations.

Toutefois, les groupements mutualistes habilités en qualité de correspondants locaux agissent en tant que mandataires de l'assuré.

## **Paragraphe 4 : Dispositions comptables et financières.**

### **Article R382-82**

La caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes centralise les opérations comptables des correspondants habilités.

### **Article R382-83**

Le produit des cotisations est adressé à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale selon les modalités fixées par convention entre cet organisme et la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes. Cette convention est approuvée par le ministre chargé de la sécurité sociale et par le ministre chargé du budget. A défaut de convention, ces modalités sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Cette convention ou cet arrêté fixe également les conditions dans lesquelles l'agence centrale des organismes de sécurité sociale met à la disposition de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes la trésorerie nécessaire au paiement des prestations et lui verse dans la limite de son budget des avances mensuelles pour la couverture des frais de gestion et du contrôle médical.

Les avances versées au titre de la gestion sont régularisées à la clôture des comptes par imputation au fonds national de la gestion administrative prévue à l'article R. 251-11.

Les avances versées au titre du contrôle médical sont régularisées à la clôture des comptes par imputation au fonds national du contrôle médical prévu à l'article R. 251-8.

## **Paragraphe 5 : Affiliation - immatriculation.**

## **Article R382-84**

En vue de permettre à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes de procéder à l'immatriculation des personnes qui remplissent les conditions définies à l'article R. 382-57, les associations, congrégations ou collectivités religieuses doivent, sous les sanctions prévues aux articles R. 244-4 et R. 244-5, déclarer à la caisse les personnes relevant d'elles qui remplissent les conditions définies aux articles R. 382-57 et R. 382-131.

La déclaration doit être faite dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle ces conditions sont remplies.

A défaut de cette déclaration, l'affiliation est effectuée par la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes, soit de sa propre initiative, soit à la requête de l'intéressé.

L'affiliation des personnes titulaires d'une pension servie en application de l'article L. 382-15 et qui ne relèvent pas d'une association, congrégation ou collectivité religieuse est effectuée soit à l'initiative de la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes, soit à la requête de l'intéressé.

Sur la base de cette déclaration, la caisse mutuelle d'assurance maladie des cultes, agissant dans le cadre de ses attributions légales, est autorisée, en application du troisième alinéa de l'article 31 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à collecter, conserver et traiter des informations nominatives comportant des données relatives au rattachement de ses ressortissants à un culte.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les modèles de déclarations prévues au présent article.

## **Article R382-85**

La caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes procède à l'immatriculation des assurés et leur remet une carte individuelle conforme au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale pour les personnes affiliées aux caisses primaires d'assurance maladie.

## **Article R382-86**

Les personnes qui, tout en remplissant les autres conditions définies à l'article R. 382-57, ne relèvent pas du régime prévu par l'article L. 382-15 parce qu'elles relèvent à titre obligatoire d'un autre régime d'assurance maladie doivent, dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle elles ont rempli ces autres conditions, justifier auprès de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes qu'elles satisfont, dans cet autre régime, aux conditions d'ouverture du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie.

## **Article R382-87**

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'affiliation vaut décision de rejet.

L'affiliation des assurés prend effet à compter du premier jour du mois civil qui suit la date à laquelle sont remplies les conditions d'assujettissement définies à l'article R. 382-57 au régime général de sécurité sociale institué par l'article L. 382-15, ou à partir de cette date si celle-ci se situe le premier jour d'un mois civil.

## **Paragraphe 6 : Cotisations.**

### **Article R382-88**

La base forfaitaire mentionnée respectivement aux 1° et 2° de l'article L. 382-22 correspond, pour chaque mois, à la valeur horaire du salaire minimum de croissance en vigueur, multipliée par le nombre légal d'heures de travail mensuel en vigueur.

Le taux des cotisations mentionnées respectivement aux 1° et 2° de l'article L. 382-22 est égal au taux des cotisations respectivement à la charge des employeurs et des salariés mentionnés à l'article L. 241-2.

A titre transitoire, du 1er janvier 2002 jusqu'au 30 juin 2005, la base mentionnée au premier alinéa est augmentée de la valeur de la garantie de rémunération mensuelle la plus élevée prévue à l'article 32 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 modifiée.

### **Article R382-89**

La base forfaitaire prévue au 1° du I de l'article L. 382-25 est égale, par mois, à la valeur horaire du salaire minimum de croissance en vigueur, multipliée par le nombre légal d'heures de travail mensuel en vigueur. A titre transitoire, du 1er janvier 2002 jusqu'au 30 juin 2005, cette base est augmentée de la valeur de la garantie mensuelle de rémunération la plus élevée prévue à l'article 32 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 modifiée.

Le taux de la cotisation d'assurance vieillesse des assurés prévue au 1° du I de l'article L. 382-25 est celui de la cotisation d'assurance vieillesse mise à la charge des salariés affiliés au régime général.

### **Article R382-90**

La base forfaitaire prévue au 2° du I de l'article L. 382-25 est égale, par mois, à la valeur horaire du salaire minimum de croissance en vigueur, multipliée par le nombre légal d'heures de travail mensuel en vigueur. A titre transitoire, du 1er janvier 2002 jusqu'au 30 juin 2005, cette base est augmentée de la valeur de la garantie mensuelle de rémunération la plus élevée prévue à l'article 32 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 modifiée.

Le taux de la cotisation d'assurance vieillesse des associations, congrégations ou collectivités religieuses prévue au 2° du I de l'article L. 382-25 est celui de la cotisation d'assurance vieillesse mise à la charge des employeurs des salariés affiliés au régime général.

Cette cotisation est due pour tout assuré non retraité entrant dans le champ d'application du présent chapitre et relevant de l'association, congrégation ou collectivité.

### **Article R382-91**

Les cotisations sont dues à partir de la date d'effet de l'affiliation de l'assuré.

L'obligation de cotiser prend fin soit au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel l'assuré a obtenu le bénéfice d'une pension de vieillesse en application de la présente section, soit, antérieurement, au dernier jour du mois civil au cours duquel il cesse de remplir la condition d'assujettissement au régime.

### **Article R382-92**

Les cotisations sont payables chaque mois à terme échu. Elles sont versées par les associations, congrégations ou collectivités religieuses dans les quinze premiers jours suivant le mois au titre duquel elles sont dues.

Chaque versement de cotisations est obligatoirement accompagné d'un bordereau daté et signé par les associations, congrégations ou collectivités religieuses concernées indiquant les éléments nécessaires à la détermination des cotisations à leur charge et à celles des assurés. Ce bordereau est conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Toutefois, les assurés visés au quatrième alinéa de l'article R. 382-84 versent les cotisations prévues au 1° de l'article L. 382-22.

### **Article R382-93**

Les cotisations prévues à l'article L. 382-22 cessent d'être dues le premier jour du mois suivant la date à laquelle l'assuré cesse de remplir les conditions visées à l'article R. 382-57.

## **Article R382-94**

Les associations, congrégations et collectivités religieuses font parvenir à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes, au plus tard le 31 janvier de chaque année, une déclaration comportant la liste nominative des assurés qui ont relevé d'elles au cours de l'année précédente. abrogée.

## **Article R382-95**

En cas de défaut de production, dans les délais prescrits, des documents prévus aux articles R. 382-92 et R. 382-94 et en cas d'inexactitude ou d'omission, la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes peut procéder à l'évaluation d'office des cotisations payables par les associations, congrégations et collectivités religieuses, sans préjudice de l'application des pénalités prévues à l'article R. 243-16.

## **Article R382-96**

Les majorations de retard fixées par l'article R. 243-18 sont applicables aux cotisations qui n'ont pas été acquittées aux échéances fixées à l'article R. 382-92.

Toutefois, lorsque est effectué un versement de cotisations afférentes à une période d'activité antérieure de plus de trois ans à la date dudit versement, ces cotisations ne sont pas soumises aux majorations de retard prévues au premier alinéa mais il leur est fait application des coefficients de majoration en vigueur à la date du versement, applicables aux salaires et aux cotisations servant de base au calcul des pensions ou rentes en vertu de l'article L. 351-11.

Les pénalités et les majorations de retard sont liquidées par le directeur de la caisse ; elles doivent être versées dans le délai d'un mois après leur notification, par mise en demeure, dans les conditions définies ci-après, et sont recouvrées comme les cotisations.

## **Article R382-97**

Les débiteurs peuvent, en cas de bonne foi dûment prouvée, formuler une demande gracieuse en réduction des majorations et des pénalités de retard résultant de l'article précédent.

Les dispositions de l'article R. 243-20 sont applicables à cette demande.

## **Article R382-98**

Vingt jours après la date d'échéance, la caisse adresse au débiteur une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, le mettant en demeure de régulariser sa situation dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que les périodes relevant des dispositions prises en application de l'article L. 382-15, comprises dans les trois années qui précèdent la date de son envoi.

La mise en demeure donne le détail des sommes réclamées au titre des cotisations, des pénalités et des majorations de retard.

Elle précise que la dette peut être contestée dans un délai d'un mois par une réclamation adressée à la commission de recours amiable et accompagnée de la mise en demeure. Elle indique l'adresse de ladite commission.

### **Article R382-99**

A défaut de règlement dans le délai d'un mois à partir de la mise en demeure, le directeur de la caisse peut délivrer une contrainte dans les conditions de l'article L. 244-9 et de la section 2 du chapitre 3 du titre III du livre Ier.

### **Article R382-100**

Conformément aux articles L. 244-1, L. 244-2, L. 244-4, L. 244-7 et L. 244-11, R. 244-4, R. 244-5 et R. 244-7, le recouvrement des cotisations exigibles peut également faire l'objet d'une action civile ou d'une action pénale portée par la caisse, selon le cas, devant le tribunal des affaires de sécurité sociale ou les juridictions répressives compétentes.

Il peut aussi faire l'objet de la procédure sommaire définie aux articles L. 133-1, R. 133-1 et R. 133-2.

### **Article R382-101**

Le paiement des créances de cotisations est garanti dans les conditions prévues à l'article L. 243-4.

### **Article R382-102**

Les cotisations peuvent être admises en non-valeur comme il est dit à l'article L. 243-3.

### **Article R382-103**

Les dispositions des articles R. 244-4 à R. 244-6 et R. 281-2 sont applicables, dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions de la présente section, aux personnes, collectivités ou organismes mentionnés à ladite section.

## **Sous-section 2 : Assurance maladie.**

### **Article R382-104**

En application du premier alinéa de l'article L. 161-8, les prestations cessent d'être accordées aux personnes mentionnées à l'article R. 382-57 à l'expiration d'un délai de quatre ans suivant la date à laquelle elles cessent de remplir les conditions prévues à cet article.

### **Article R382-105**

Le contrôle médical des assurés définis à l'article L. 382-15 est exercé, sous l'autorité du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale, par un ou plusieurs praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical de ce régime, mentionnés à l'article R. 315-7. Préalablement à leur nomination, ce ou ces praticiens doivent être agréés par le conseil d'administration de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes.

## **Sous-section 3 : Assurance invalidité.**

### **Article R382-106**

La pension d'invalidité prévue à l'article L. 382-24 est accordée aux assurés reconnus par le médecin-conseil de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes dans l'incapacité totale ou partielle d'exercer leur activité de ministre du culte ou de membre d'une congrégation ou collectivité religieuse.

### **Article R382-107**

Pour recevoir une pension d'invalidité, les assurés doivent avoir été affiliés au régime mentionné à l'article L. 382-15 depuis au moins douze mois au premier jour du mois au cours duquel ils ont été reconnus atteints d'une incapacité totale ou partielle et être à jour des cotisations prévues au 1° de l'article L. 382-22.



## **Article R382-108**

Les assurés titulaires d'une pension ou rente acquise soit au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, soit au titre d'un régime de sécurité sociale en raison d'une maladie ou d'un accident survenu antérieurement à leur affiliation à l'assurance invalidité instituée à l'article L. 382-24, ne peuvent prétendre au bénéfice d'une pension pour une invalidité ou incapacité ayant la même origine que celle pour laquelle ils sont déjà pensionnés.

La pension d'invalidité peut être attribuée lorsque l'incapacité totale ou partielle d'exercer dont est atteint l'assuré résulte soit d'une cause étrangère à la précédente invalidité ou incapacité ayant déjà donné lieu à l'attribution d'une pension ou rente mentionnée à l'alinéa précédent, soit d'une aggravation de cette invalidité ou incapacité lorsque, dans ce dernier cas, cette aggravation n'est pas susceptible d'être indemnisée au titre de la législation ou de la réglementation en cause.

## **Article R382-109**

Les assurés, 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 d'au moins 60 %, qui cessent leur activité se rapportant à leur qualité de ministre du culte ou membre d'une congrégation ou d'une collectivité religieuse et toute activité professionnelle sont présumés atteints, s'ils sont âgés d'au moins cinquante-cinq ans, d'une invalidité totale.

## **Article R382-110**

L'état d'invalidité que présente l'assuré doit réduire au moins des deux tiers sa capacité à exercer les activités incombant à un ministre du culte ou à un membre d'une congrégation ou d'une collectivité religieuse.

Cet état est apprécié en tenant compte de la capacité restante pour l'exercice des activités incombant à l'assuré, de son état général, de son âge ainsi que de ses facultés physiques et mentales :

1° En cas d'incapacité totale :

- à la date de la demande sous réserve qu'elle soit antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré.

2° En cas d'incapacité partielle :

- soit après consolidation de la blessure ;

- soit après stabilisation de son état ;

- soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque celle-ci résulte d'une usure prématurée de l'organisme.

### **Article R382-111**

En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

1° Invalides capables d'exercer une activité se rapportant à leur qualité de ministre du culte ou de membre d'une congrégation ou collectivité religieuse ;

2° Invalides absolument incapables d'exercer une activité se rapportant à leur qualité de ministre du culte ou de membre d'une congrégation ou collectivité religieuse ;

3° Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une activité se rapportant à leur qualité de ministre du culte ou de membre d'une congrégation ou collectivité religieuse, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

### **Article R382-112**

La pension d'invalidité est attribuée et liquidée par la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes sur demande de l'assuré.

La caisse détermine la catégorie dans laquelle l'assuré est classé et lui notifie sa décision par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Le modèle de la demande de pension et les pièces à y annexer sont fixés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R382-113**

L'entrée en jouissance de la pension est fixée au premier jour du mois qui suit la date de la demande sans pouvoir, d'une part, être antérieure à la date à partir de laquelle l'assuré a été reconnu atteint d'une incapacité totale ou partielle et, d'autre part, être postérieure à son soixantième anniversaire.

### **Article R382-114**

La pension d'invalidité est toujours concédée à titre temporaire. Elle est payée à l'assuré mensuellement et à terme échu.

### **Article R382-115**

En cas d'hospitalisation, la majoration pour aide d'une tierce personne est versée jusqu'au dernier jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'assuré a été hospitalisé ; au-delà de cette date, son service est suspendu.

### **Article R382-116**

La pension est revalorisée chaque année par application des coefficients de revalorisation du régime général.

### **Article R382-117**

Lorsqu'à l'issue d'un examen médical, il apparaît que l'invalidé doit être classé dans une autre catégorie que celle dans laquelle il était antérieurement classé, la caisse détermine cette nouvelle catégorie et notifie sa décision à l'intéressé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Dans ce cas, le nouveau montant de la pension est appliqué soit à la première échéance suivant la date de la décision de la caisse lorsqu'il y a réduction de la pension antérieurement servie, soit à la date de la constatation de l'état d'invalidité ayant motivé le nouveau classement, lorsqu'il y a augmentation de ladite pension.

### **Article R382-118**

La pension d'invalidité est suspendue par la caisse lorsque l'intéressé exerce une activité rémunérée autre que celle visée à l'article L. 381-15.

### **Article R382-119**

Au premier jour du mois qui suit le soixantième anniversaire de l'assuré, la pension d'invalidité est remplacée par une pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude à l'exercice de l'activité de ministre du culte ou de membre d'une congrégation ou d'une collectivité religieuse.

Cette pension de vieillesse ne peut pas être inférieure au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés fixé par décret.

## **Sous-section 4 : Assurance vieillesse**

### **Paragraphe 1 : Pension de vieillesse et de réversion.**

#### **Article R382-120**

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension de vieillesse subordonnée à l'appréciation de l'état de santé de l'intéressé et sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension de réversion, ainsi que de leurs accessoires, présentée par ou en qualité d'ayant droit d'une personne relevant de la présente section, vaut décision de rejet.

La pension de vieillesse ou de réversion est payée à l'assuré ou à son ayant droit mensuellement et à terme échu.

#### **Article R382-121**

Le salaire annuel moyen mentionné à l'article R. 351-29 est déterminé en retenant la base forfaitaire prévue à l'article R. 382-90.

### **Paragraphe 2 : Etranger et territoires d'outre-mer.**

#### **Article R382-122**

Les ministres des cultes et les 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 l'article L. 382-15 dans les conditions prévues au présent paragraphe.

#### **Article R382-123**

Les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses mentionnés à l'article R. 382-122 adressent leur demande d'adhésion au régime d'assurance vieillesse institué par

l'article L. 382-15 à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes.

### **Article R382-124**

L'affiliation prend effet à compter du premier jour du mois civil qui suit la demande d'adhésion.

Toutefois, lorsque la demande est présentée dans le délai d'un an suivant la date de début d'exercice à l'étranger ou dans les territoires français d'outre-mer, l'intéressé peut demander que son affiliation prenne effet au premier jour du mois civil suivant cette date.

### **Article R382-125**

L'assuré volontaire a la faculté de demander la résiliation de son assurance par simple lettre adressée à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes. La radiation prend effet à compter du premier jour du mois civil qui suit cette demande.

### **Article R382-126**

La cotisation d'assurance volontaire est égale au total des cotisations mentionnées aux articles R. 382-89 et R. 382-90 ; son versement est effectué par l'assuré aux échéances fixées à l'article R. 382-92.

Toutefois, la cotisation mentionnée à l'article R. 382-90 peut être prise en charge par l'association, la congrégation ou la collectivité dont relève l'assuré, laquelle effectue alors le versement, auxdites échéances, de la totalité de la cotisation d'assurance volontaire.

### **Article R382-127**

Lorsque la cotisation n'a pas été versée à l'une des échéances fixées à l'article R. 382-92, l'assuré est radié de l'assurance volontaire. Toutefois, la radiation ne peut être effectuée qu'après envoi par la caisse d'un avertissement par lettre recommandée adressée à l'assuré l'invitant à régulariser sa situation dans le mois à compter de la réception de l'avertissement.

Dans le cas mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 382-126, l'avertissement est adressé, dans les mêmes conditions, à l'association, congrégation ou collectivité dont relève l'assuré auquel une copie dudit avertissement est également adressée.

### **Article R382-128**

L'assurance volontaire donne droit, dans les mêmes conditions que l'assurance obligatoire, aux prestations d'assurance vieillesse.

Les périodes d'assurance obligatoire et d'assurance volontaire se cumulent pour l'ouverture du droit aux prestations et pour le calcul de celles-ci.

### **Article R382-129**

Les personnes adhérant à l'assurance volontaire vieillesse dans les conditions prévues au présent paragraphe peuvent demander leur adhésion au régime d'assurance invalidité. Cette demande n'est recevable que si elle est présentée en même temps que la demande d'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse. Les dispositions des articles R. 382-126 et R. 382-127 sont applicables aux personnes ayant adhéré volontairement au régime d'assurance invalidité.

### **Article R382-130**

I. - La demande formulée au titre de l'article L. 382-16 doit être adressée un mois avant le départ de l'intéressé à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes, accompagnée de l'engagement de l'association, congrégation ou collectivité religieuse de s'acquitter de l'intégralité des cotisations dues pendant la période de détachement. Cette demande précise le lieu et la durée du détachement de l'affilié.

En cas d'urgence, l'association, congrégation ou collectivité religieuse avise la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes du détachement par lettre accompagnée de l'engagement prévu à l'alinéa précédent. Le maintien du bénéfice des dispositions du régime prévu à l'article L. 382-15 est alors prononcé à titre transitoire, sous réserve de régularisation de la demande dans un délai de trois mois.

Sur la demande de l'intéressé ou de l'association, congrégation ou collectivité religieuse dont il relève, la caisse délivre une attestation d'affiliation au régime de sécurité sociale des ministres des cultes et membres de congrégations et collectivités religieuses.

II. - Pour les soins à l'étranger, les prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité sont servies dans les conditions fixées à la section 4 du chapitre 2 du titre VI du livre VII.

### **Article R382-131**

A titre transitoire, conformément aux dispositions de l'article L. 382-30, les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses de nationalité française qui exercent à Mayotte peuvent adhérer au régime d'assurance vieillesse dans les conditions prévues au présent paragraphe.

## **Chapitre 3 : Dispositions d'application.**

### **Article R383-1**

Le décret prévu à l'article L. 383-1 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et des ministres intéressés.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 2 : Champ d'application - Dispositions applicables aux salariés liés par un contrat de travail temporaire et à diverses autres catégories de bénéficiaires**

#### **Section 2 : Dispositions applicables aux salariés liés par un contrat de travail temporaire.**

##### **Article R412-1**

La déclaration que le salarié d'un entrepreneur de travail temporaire défini à l'article L. 124-1 du code du travail est tenu de faire à l'utilisateur, en application de l'article L. 412-4, doit être effectuée dans un délai de vingt-quatre heures par lettre recommandée si elle n'a pas été faite à l'utilisateur ou à son préposé sur les lieux de l'accident.

##### **Article R412-2**

Le délai dans lequel l'utilisateur doit, en application de l'article L. 412-4, informer l'entreprise de travail temporaire de tout accident dont il a eu connaissance et dont a été victime un salarié mis à sa disposition par cette entreprise est de vingt-quatre heures. Cette information est transmise par lettre recommandée et doit être également communiquée par l'entreprise utilisatrice, dans le même délai et les mêmes formes, au service de prévention de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail et à l'inspecteur du travail ou au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.

#### **Section 3 : Dispositions applicables à diverses catégories de bénéficiaires**



## **Sous-section 1 : Délégués à la sécurité des ouvriers mineurs.**

### **Article R412-3**

Le décret n° 46-2769 du 27 novembre 1946 ou les textes pris pour son application déterminent à qui incombent les obligations imposées à l'employeur par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles en raison des risques encourus par les délégués à la sécurité des ouvriers mineurs par le fait ou à l'occasion de leur service.

Ces textes fixent la base des cotisations destinées à couvrir ces risques ainsi que celle des indemnités qui peuvent être dues.

## **Sous-section 2 : Elèves et étudiants.**

### **Article R412-4**

I. - A. - Pour les élèves et les étudiants des établissements d'enseignement mentionnés aux a et b du 2° de l'article L. 412-8 qui perçoivent une gratification égale ou inférieure à la fraction de gratification mentionnée à l'article L. 242-4-1, les obligations de l'employeur incombent à l'établissement d'enseignement signataire de la convention prévue à l'article 9 de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006, sous réserve du C du I du présent article. Toutefois, pour les élèves et étudiants des établissements publics relevant du ministre chargé de l'éducation nationale, le versement des cotisations incombe au recteur.

B. - L'assiette servant de base au calcul des cotisations et des rentes est égale au salaire minimum mentionné à l'article L. 434-16.

C. - Lorsque l'accident survient par le fait ou à l'occasion du stage en entreprise ou, pour les étudiants en médecine, en chirurgie dentaire ou en pharmacie qui n'ont pas un statut hospitalier, du stage hospitalier effectué dans les conditions prévues au b du 2° de l'article L. 412-8, l'obligation de déclaration de l'accident du travail instituée par l'article L. 441-2 incombe à l'entreprise ou à l'établissement de santé dans lequel est effectué le stage. L'entreprise ou l'établissement de santé adresse sans délai à l'établissement d'enseignement ou à l'unité de recherche dont relève l'élève ou l'étudiant copie de la déclaration d'accident du travail envoyée à la caisse primaire d'assurance maladie compétente.

II. - A. - Pour les élèves et les étudiants des établissements d'enseignement mentionnés aux a et b du 2° de l'article L. 412-8 qui perçoivent une gratification supérieure à la fraction de gratification mentionnée à l'article L. 242-4-1, les obligations de l'employeur incombent à l'entreprise signataire de la convention prévue à l'article 9 de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006, sous réserve du C du II du présent article.

B. - L'assiette servant de base au calcul des cotisations est égale à la différence entre la gratification versée au stagiaire et le montant de la fraction de gratification mentionnée à l'article L. 242-4-1. Les rentes sont calculées sur la base du salaire minimum mentionné à l'article L. 434-16 ou du montant de la gratification versée au stagiaire, si celui-ci est supérieur.

C. - Lorsque l'accident survient du fait ou à l'occasion de l'enseignement ou de la formation dispensés par l'établissement dont relève l'élève ou l'étudiant, l'obligation de déclaration incombe à l'établissement. Il adresse sans délai à l'entreprise signataire de la convention mentionnée ci-dessus une copie de la déclaration d'accident envoyée à la caisse d'assurance maladie compétente.

III. - Les dispositions du I ou du II du présent article s'appliquent aux personnes mentionnées au f du 2° de l'article L. 412-8, en fonction du montant de la gratification qu'elles perçoivent. Dans ce cas, les références à "l'entreprise" sont remplacées par celles de "l'organisme public ou privé" dans lequel s'effectue le stage.

IV. - L'Etat supporte la charge des prestations dues aux élèves et étudiants des établissements d'enseignement technique de l'Etat, victimes d'accidents du travail survenus avant le 1er octobre 1985, y compris celles des prestations dues en cas de rechute et de révision postérieure à cette date et ayant pour origine l'accident pour lequel les intéressés sont ou ont été indemnisés.

### **Sous-section 3 : Stagiaires de la formation professionnelle et personnes bénéficiant des allocations de conversion.**

#### **Article R412-5**

Pour les stagiaires de la formation professionnelle, les obligations de l'employeur autres que celles relatives au paiement des cotisations incombent à la personne ou à l'organisme responsable de la gestion de l'établissement dans lequel est effectuée la formation.

Le salaire servant de base au calcul des prestations est déterminé dans les conditions suivantes :

a) Pour les stagiaires rémunérés, ce salaire est déterminé conformément aux dispositions de l'article R. 412-11 ; toutefois, si la rémunération réelle allouée au stagiaire est supérieure, c'est cette rémunération qui est prise en considération ;

b) Pour les stagiaires non rémunérés, le salaire servant de base au calcul de la rente est déterminé conformément aux dispositions de l'article R. 412-11.

#### **Article R412-5-1**

Pour les assurés bénéficiaires des allocations de conversion mentionnées à l'article L. 322-3 et au 4°

du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail, les obligations de l'employeur autres que le paiement des cotisations incombent à la personne ou à l'organisme responsable de l'action de reclassement du fait ou à l'occasion de laquelle intervient l'accident.

Le salaire servant de base au calcul de l'indemnité journalière est, sous réserve des dispositions des articles R. 433-4 à R. 433-7 du présent code, celui du mois précédant la date de suspension ou de rupture du contrat de travail.

Le salaire servant de base au calcul des rentes est, sous réserve des dispositions de l'article R. 434-29 (1° à 4°) ci-dessous, la rémunération effective totale reçue chez un ou plusieurs employeurs pendant les 12 mois civils précédant la date de suspension ou de rupture du contrat de travail.

Les dispositions des trois alinéas ci-dessus s'appliquent également aux bénéficiaires des allocations versées 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.

## **Sous-section 4 : Personnes accomplissant un stage de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle.**

### **Article R412-6**

Pour les personnes accomplissant un stage de réadaptation fonctionnelle en application de l'article L. 432-6, les obligations de l'employeur incombent :

1°) au directeur de l'établissement si le stage est effectué dans un établissement public ;

2°) à la personne ou à l'organisme responsable de la gestion de l'établissement si le stage est effectué dans un établissement privé.

Toutefois, la caisse primaire d'assurance maladie dont relève chaque victime d'accident supporte la charge des cotisations. Elle en effectue le règlement dans les conditions fixées pour les frais de réadaptation.

La rémunération à prendre en considération pour le calcul des cotisations est celle qui a servi de base au calcul de l'indemnité journalière allouée à l'intéressé pendant la période de traitement spécial en vue de la réadaptation fonctionnelle conformément aux dispositions de l'article L. 432-7.

L'indemnité journalière mentionnée à l'alinéa précédent est maintenue à la victime pendant la période d'interruption du traitement consécutive à l'accident survenu par le fait ou à l'occasion de la réadaptation.

Si, au moment où survient l'accident mentionné à l'alinéa précédent, l'état de la victime n'était pas consolidé et si, après consolidation des blessures résultant respectivement de l'accident du travail ayant nécessité la réadaptation et de l'accident survenu par le fait ou à l'occasion de celle-ci, la victime reste atteinte d'une incapacité permanente de travail, la rente qui lui est allouée est calculée compte tenu de l'ensemble de la réduction de capacité subie.

Si la consolidation de la blessure résultant de l'accident du travail ayant nécessité la réadaptation avait été constatée, il est alloué, le cas échéant, pour l'incapacité de travail résultant du second accident, une rente distincte, sans préjudice de l'application des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 434-2.

Dans les cas prévus aux deux alinéas qui précèdent, la rémunération à prendre en considération pour le calcul de la rente est celle des douze mois antérieurs à l'arrêt de travail consécutif à l'accident du travail ayant nécessité la réadaptation ; elle est déterminée conformément aux dispositions des articles R. 434-29 et R. 436-1.

Toutefois, dans le cas où la rémunération ainsi calculée est inférieure au salaire mentionné à l'article R. 412-11, c'est ce salaire qui est pris en considération.

## **Article R412-7**

Pour les personnes accomplissant un stage de rééducation professionnelle dans les conditions fixées par l'article L. 432-9 et par la section 1 du chapitre Ier du titre VIII du présent livre, les obligations de l'employeur incombent :

1°) au directeur de l'établissement si le stage est effectué dans un établissement public ;

2°) à la personne ou à l'organisme responsable de la gestion de l'établissement si le stage est effectué dans un établissement ou un centre privé ;

3°) à l'employeur chez lequel elles ont été placées.

Toutefois, dans les cas mentionnés aux 1° et 2° du premier alinéa du présent article, la caisse primaire d'assurance maladie dont relève chaque victime d'accident du travail supporte la charge des cotisations. Elle en effectue le règlement dans les conditions prévues pour les frais de rééducation.

Le salaire servant de base au calcul tant des cotisations que des indemnités est déterminé conformément aux dispositions de l'article R. 412-11.

Toutefois, si la victime se trouvait encore au moment de l'accident l'ayant obligé à interrompre la rééducation dans la période d'incapacité temporaire consécutive à l'accident du travail antérieur, l'indemnité qui lui est due ne pourra être inférieure à celle dont elle bénéficiait au moment où l'accident est survenu, compte non tenu du complément d'indemnité prévu à l'article L. 432-9.

Si une rente est déjà servie, la nouvelle indemnité journalière se cumule avec ladite rente ; elle s'impute éventuellement sur le complément d'indemnité mentionné à l'alinéa ci-dessus.

Si, après consolidation de la blessure résultant de l'accident survenu par le fait ou à l'occasion de la rééducation, la victime reste atteinte d'une incapacité permanente de travail, il est fait, selon le cas, application des dispositions des sixième, septième et huitième alinéas de l'article R. 412-6.

## **Article R412-8**

Pour les assurés sociaux bénéficiaires des dispositions de l'article L. 324-1 ou titulaires d'une pension d'invalidité et qui effectuent un stage de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle, les obligations de l'employeur incombent :

1°) au directeur de l'établissement si le stage est effectué dans un établissement public ;

2°) à la personne ou à l'organisme responsable de la gestion de l'établissement si le stage est effectué dans un établissement privé ;

3°) à l'employeur chez lequel ils ont été placés.

Toutefois, dans les cas mentionnés aux 1° et 2° du premier alinéa du présent article, l'organisme de sécurité sociale qui a la charge respectivement des prestations prévues à l'article L. 324-1 ou de la pension d'invalidité supporte la charge des cotisations. Il en effectue le règlement dans les conditions fixées pour les frais de réadaptation ou de rééducation.

La rémunération à prendre en considération pour le calcul, tant des cotisations que des indemnités, est soit celle qui a été perçue par l'assuré au cours de la dernière période de travail normal antérieure à l'affection indemnisée au titre des assurances sociales pour les bénéficiaires de l'article L. 324-1, soit celle qui a servi de base au calcul de la pension d'invalidité pour les titulaires d'une telle pension.

Toutefois, dans le cas où la rémunération ainsi calculée est inférieure au salaire mentionné à l'article R. 412-11, c'est ce salaire qui est pris en considération.

## **Article R412-9**

Pour les personnes autres que celles mentionnées aux articles précédents 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, les obligations de l'employeur incombent au directeur de l'école ou à la personne ou à l'organisme responsable de la gestion de l'établissement privé dans lequel ces personnes ont été exceptionnellement placées par l'office susnommé.

Ce dernier supporte, dans tous les cas, la charge des cotisations.

Le salaire à prendre en considération pour le calcul, tant des cotisations que des indemnités, est déterminé conformément aux dispositions de l'article R. 412-11.

### **Article R412-10**

L'interruption de la formation professionnelle, de la réadaptation fonctionnelle ou de la rééducation professionnelle par suite de l'accident est assimilée à l'arrêt de travail mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 433-1.

Toutefois, en ce qui concerne les élèves et étudiants des établissements d'enseignement mentionnés au premier alinéa de l'article R. 412-4, cet arrêt ne donne lieu, en aucun cas, au paiement d'indemnités journalières.

### **Article R412-11**

Le salaire servant de base au calcul des prestations, pour l'application des articles R. 412-5, R. 412-6 (dernier alinéa), R. 412-7 (3e alinéa), R. 412-8 (dernier alinéa), R. 412-9 (3e alinéa) et R. 436-4-1, est égal :

a) Pour les indemnités journalières, au salaire minimum de croissance correspondant à la durée légale du travail, et applicable à la date de l'accident ;

b) Pour les rentes, au salaire minimum mentionné à l'article L. 434-16.

Le salaire servant de base au calcul des cotisations, pour l'application des dispositions des articles R. 412-7 (3e alinéa), R. 412-8 (dernier alinéa) et R. 412-9 (3e alinéa), est égal au salaire minimum mentionné à l'article L. 434-16.

## **Sous-section 5 : Personnes agréées accueillant des enfants à domicile**

### **Article R412-12**

En application de l'article L. 412-2, les personnes mentionnées au 10° de l'article L. 311-3 et qui ont été agréées dans les conditions fixées aux articles 123-1 (1) et suivants du code de la famille et de l'aide sociale bénéficient de la protection relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles à raison de leurs activités ayant un lien direct avec l'accueil ou l'entretien du ou des enfants qui leur sont confiés.

## **Article R412-13**

Sont notamment couverts à ce titre les accidents survenus auxdites personnes à leur domicile et qui ont un lien direct avec leur activité de garde et d'entretien des enfants. Sont également couverts les accidents intervenus lors des déplacements avec l'enfant ou pour son compte, incluant ceux survenus pendant les trajets d'aller et retour entre le domicile des intéressés et les établissements où les enfants sont scolarisés, soignés ou pris en charge dans le cadre d'activités éducatives et récréatives, ou entre leur domicile et les centres où les assistantes ou assistants maternels reçoivent une formation.

## **Article R412-14**

Les obligations de l'employeur en matière de déclaration des accidents et de paiement des cotisations incombent aux parents ou à la personne morale de droit public ou privé qui assurent la rémunération des assistantes ou assistants maternels.

## **Article R412-15**

Les dispositions du livre IV du présent code sont applicables aux personnes mentionnées à l'article R. 412-12 sous réserve des aménagements indiqués à l'alinéa suivant.

Pour l'application du 2° de l'article L. 431-1, seule l'interruption de l'activité rémunérée ouvre droit aux prestations en espèces de l'incapacité temporaire. Ces prestations sont calculées sur la base de la rémunération versée conformément aux articles L. 773-3 et L. 773-3-1 du code du travail, non compris les indemnités remises pour l'entretien des enfants.

## **Sous-section 6 : Personnes agréées accueillant des personnes âgées ou handicapées adultes à domicile**

### **Article R412-16**

En application de l'article L. 412-2, les personnes mentionnées au 17° de l'article L. 311-3 bénéficient de la protection relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles dès lors que l'accident survenu ou la maladie contractée soit à leur domicile, soit au cours de déplacements effectués en présence ou pour le compte de la personne accueillie, a un lien direct avec l'accueil ou l'entretien de cette personne.

## **Article R412-17**

Les obligations de l'employeur en matière de déclaration des accidents du travail et de paiement des cotisations incombent à la personne accueillie ou à son tuteur.

## **Article R412-18**

Les dispositions du livre IV du présent code sont applicables aux personnes mentionnées à l'article R. 412-16 sous réserve des aménagements indiqués à l'alinéa suivant.

Pour l'application du 2° de l'article L. 431-1, seule l'interruption de l'activité rémunérée ouvre droit aux prestations en espèces de l'incapacité temporaire. Ces prestations sont calculées sur la base de la rémunération journalière perçue pour services rendus, éventuellement majorée pour sujétions particulières, visée à l'article 6 de la loi n° 89-475 du 10 juillet 1989, non compris l'indemnité représentative des frais d'entretien de la personne accueillie ni le loyer.

## **Sous-section 7 : Volontariat pour l'insertion. # Service civique**

### **Article R412-20**

Pour les volontaires pour l'insertion mentionnés à l'article L. 130-4 du code du service national, les obligations de l'employeur, notamment en matière de déclaration des accidents, incombent au centre de formation.

Le salaire servant de base au calcul des cotisations et à celui de la rente prévue à l'article L. 434-15 est égal au salaire minimum mentionné à l'article L. 434-16.

### **Article R412-21**

Pour les volontaires effectuant un service civique en métropole ou dans un département d'outre-mer, les obligations de l'employeur sont à la charge des organismes et personnes agréées mentionnés à l'article R. 372-4 dans les conditions prévues par cet article.

La personne agréée auprès de laquelle est effectué l'engagement de service civique communique à l'Agence du service civique ou à l'organisme versant l'indemnité pour son compte les informations nécessaires à l'accomplissement de leurs obligations.

L'assiette de calcul des cotisations et de la rente prévue à l'article L. 434-15 est égale au salaire



minimum mentionné à l'article L. 434-16.

## **Chapitre 3 : Dispositions applicables aux personnes indemnisées en application de textes antérieurs - Régimes distincts**

### **Section 1 : Dispositions applicables aux personnes indemnisées en application de textes antérieurs**

#### **Sous-section 1 : Accidents survenus après le 31 décembre 1946.**

##### **Article R413-1**

En vue d'obtenir le bénéfice des dispositions de l'article L. 413-1, la victime ou l'ayant droit adresse à la caisse primaire d'assurance maladie dont relevait ou aurait relevé la victime à la date de l'accident une demande établie au moyen d'un imprimé mis à sa disposition par cet organisme et accompagnée des pièces justifiant qu'il satisfait aux conditions exigées.

En outre, si l'accident a donné lieu à réparation au titre du droit commun, ou est susceptible de donner lieu, à ce titre, à un recours contre un tiers, le postulant est tenu d'annexer à sa déclaration tous actes, jugements, constats, procès-verbaux, pièces de procédure relatifs à cet accident.

La demande comporte un questionnaire ; le requérant doit attester sur l'honneur l'exactitude de ses réponses.

Il est donné au requérant récépissé de sa demande et des pièces qui l'accompagnent.

Pour l'application des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 413-1 susmentionné, la réparation attribuée en capital est convertie en une rente fictive sur la base des tarifs appliqués par la caisse nationale de prévoyance en matière de rente de droit commun à la date de la décision judiciaire ayant fixé la réparation. En outre, cette rente fictive ou la rente attribuée est, avant l'imputation sur le montant des prestations et indemnités dues, affectée des majorations résultant des dispositions de la loi n° 51-695 du 24 mai 1951 modifiée.

Dans le cas où la rente et la majoration ou l'un de ces avantages ont fait l'objet d'un rachat, le calcul est effectué comme si ce rachat n'avait pas été réalisé.

Toute nouvelle majoration légalement fixée donne lieu à révision des prestations et indemnités.

#### **Sous-section 2 : Accidents survenus ou maladies constatées avant le**

**1er janvier 1947.**

### **Article R413-2**

Le taux d'incapacité minimum prévu au deuxième alinéa de l'article L. 413-2 est égal à 10 %.

### **Article R413-3**

Le montant de l'allocation prévu à l'article L. 413-2 est calculé par application des règles fixées aux articles L. 434-2 et L. 434-7 sur la base du salaire minimum prévu à l'article L. 434-16.

L'allocation prend effet de la date de présentation de la demande.

### **Article R413-4**

L'allocation, s'il y a lieu, et la majoration prévues à l'article L. 413-4 prennent effet de la date de la demande.

### **Article R413-5**

L'allocation prévue à l'article L. 413-5 prend effet de la date de présentation de la demande. Toutefois, en ce qui concerne les décès survenant après le 24 juin 1946, l'allocation prend effet de la date du décès si la demande est présentée dans un délai de six mois suivant cette date.

### **Article R413-6**

La victime ou l'ayant droit de la victime d'un accident ou d'une maladie qui revendique le bénéfice de l'une des dispositions des articles L. 413-2 à L. 413-5 doit, en vue de faire constater son droit aux prestations conformément aux dispositions de l'article L. 413-8, adresser une requête au président du tribunal de grande instance de son domicile.

Il produit, à l'appui de sa demande, toutes pièces justificatives, expéditions de jugements et arrêts et, d'une façon générale, tous renseignements de nature à apporter la preuve qui lui incombe en vertu de la loi.

Le président du tribunal de grande instance peut prescrire toutes enquêtes, vérifications, examens médicaux et expertises qu'il estime utiles. Il peut entendre le requérant. Il statue après avoir entendu le représentant de l'Etat employeur ou, dans les autres cas, celui du fonds commun prévu à l'article L. 437-1.

### **Article R413-7**

Dans le cas prévu à l'article L. 413-2, le président du tribunal de grande instance [\*autorité compétente\*] constate dans son ordonnance, par référence aux dispositions du présent livre, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, le lien de cause à effet existant entre celui-ci et l'incapacité permanente ou le décès de la victime et fixe, s'il y a lieu, le taux de cette incapacité.

Il constate, le cas échéant, le droit de la victime à la majoration pour assistance d'une tierce personne prévue au troisième alinéa de l'article L. 434-2.

En outre, dans le cas prévu à l'article L. 413-3, le président du tribunal de grande instance fixe, par la même ordonnance, le droit de la victime à l'appareillage.

Par application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 413-2, l'allocation prévue audit article ne peut être attribuée à la victime que lorsque, par suite d'un ou de plusieurs accidents du travail ou maladies professionnelles, le taux de l'incapacité permanente est au moins égal à 10 %.

### **Article R413-8**

Dans le cas prévu à l'article L. 413-4, le président du tribunal de grande instance mentionne dans son ordonnance la décision qui a fixé le taux de l'incapacité permanente de la victime et, le cas échéant, la ou les décisions qui ont révisé ce taux.

Il constate que, par suite des conséquences de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle :

1°) la victime est atteinte d'une incapacité totale de travail si cette constatation ne résulte pas de la dernière décision intervenue dans le délai prévu à l'article 19 de la loi du 9 avril 1898 ;

2°) une aggravation de l'état de la victime s'est produite à une date qu'il détermine, postérieurement à l'expiration dudit délai, et que cette aggravation oblige la victime à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

### **Article R413-9**

Dans le cas prévu à l'article L. 413-5, le président du tribunal de grande instance [\*autorité compétente\*] mentionne dans son ordonnance la décision ayant fixé les droits de la victime, conformément aux dispositions de la législation sur les accidents du travail alors en vigueur. Il

constate que le décès de la victime, survenu postérieurement à l'expiration du délai de révision prévu à l'article 19 de la loi du 9 avril 1898, est directement imputable aux conséquences de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

## **Article R413-10**

Toute modification dans l'état de la victime, dont la première constatation médicale est postérieure à la date de l'ordonnance rendue conformément aux dispositions des articles précédents, de même que le décès de la victime survenu après cette date par suite des conséquences de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, peut donner lieu, à la requête soit de la victime ou de ses ayants droit, soit du service compétent pour l'Etat employeur ou, dans les autres cas, de la Caisse des dépôts et consignations, à une nouvelle fixation des droits aux prestations.

Cette nouvelle fixation est effectuée selon la procédure prévue aux articles R. 413-6 à R. 413-8. Dans le cas où la requête est présentée par l'Etat employeur ou par la Caisse des dépôts et consignations, le président statue après avoir entendu la victime ou les ayants droit de celle-ci.

Si une partie ne se présente pas, bien que régulièrement appelée, l'exécution provisoire peut être ordonnée d'office nonobstant opposition.

La réduction ou la suppression des avantages précédemment attribués ne prend effet qu'au premier jour du trimestre suivant celui au cours duquel est signifiée l'ordonnance du président du tribunal de grande instance prononçant cette nouvelle fixation.

## **Article R413-11**

En vue de la liquidation des prestations, le bénéficiaire est tenu de souscrire une déclaration conforme au modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et de fournir les pièces y énumérées. Cette déclaration comporte un questionnaire auquel le postulant doit répondre sous la foi du serment. Les pièces justificatives comprennent notamment :

1°) une expédition de l'ordonnance rendue par le président du tribunal de grande instance fixant le droit aux prestations ;

2°) dans le cas où l'accident ou la maladie a donné lieu à réparation une expédition de l'acte ou du jugement qui a fixé le montant de la réparation et, le cas échéant, de ceux qui ont modifié ce montant ;

3°) dans les cas, autres que ceux mentionnés au 2°, où la victime ou ses ayants droit ont fait valoir ou sont susceptibles de faire valoir des droits contre les tiers responsables, tous constats, procès-verbaux ou pièces de procédure de nature à permettre l'exercice de la subrogation prévue à l'article L. 413-6.

La déclaration et les pièces qui l'accompagnent sont adressées au service compétent pour l'Etat employeur ou, dans les autres cas, à la Caisse des dépôts et consignations. Il est donné au requérant récépissé de sa demande et des pièces qui l'accompagnent.

En cas de nouvelle fixation des droits aux prestations conformément aux dispositions de l'article R. 413-10 ou de révision de la réparation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 413-6, le bénéficiaire est tenu de se conformer aux dispositions qui précèdent. Toutefois, il n'est pas tenu de produire la pièce mentionnée au 1° lorsque la nouvelle fixation du droit aux prestations a été prononcée à la requête de l'Etat employeur ou de la Caisse des dépôts et consignations.

### **Article R413-12**

Le service compétent pour l'Etat employeur ou, dans les autres cas, la Caisse des dépôts et consignations liquide le montant de l'allocation et, le cas échéant, de la majoration, sur le vu des déclarations souscrites et des pièces produites par l'intéressé et, éventuellement, des résultats des enquêtes et vérifications auxquelles il fait procéder lorsqu'il l'estime nécessaire.

Ce service ou cet établissement porte à la connaissance de l'intéressé le montant et le point de départ de l'avantage ou des avantages attribués et procède au paiement des sommes dues.

Il assure le règlement des frais d'appareillage dans le cadre prévu à l'article L. 413-3.

### **Article R413-13**

Pour l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 413-6, la réparation attribuée en capital est convertie en une rente fictive sur la base des tarifs appliqués par la caisse nationale de prévoyance en matière de rente de droit commun à la date de la décision judiciaire ayant fixé la réparation. En outre, cette rente fictive ou la rente attribuée est, avant imputation sur le montant de l'allocation, affectée des majorations résultant de la loi n° 51-695 du 24 mai 1951 modifiée.

Dans le cas où la rente et la majoration, ou l'un de ces avantages, ont fait l'objet d'un rachat, le calcul est effectué comme si ce rachat n'avait pas été réalisé.

Toute nouvelle majoration légalement fixée donne lieu à révision de l'allocation.

### **Article R413-14**

Les prestations accordées par application des articles L. 413-2 à L. 413-4 se substituent pour l'avenir à la pension d'invalidité à laquelle l'intéressé pouvait avoir droit au titre des assurances sociales.

### **Article R413-15**

Les frais de la procédure, notamment ceux afférents aux mesures d'instruction, sont à la charge de l'Etat employeur ou, selon le cas, du fonds commun prévu à l'article L. 437-1, de la section locale de ce fonds commun dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 ou du fonds commun des accidents du travail agricole survenus dans la métropole.

Toutefois, le président du tribunal de grande instance peut, à la demande de l'Etat employeur ou du fonds commun intéressé, mettre à la charge du requérant tout ou partie des frais de la procédure lorsque la requête est reconnue manifestement abusive. Les frais provoqués par la faute d'une partie peuvent être, dans tous les cas, mis à sa charge.

### **Article R413-16**

Les dispositions des articles R. 413-6 à R. 413-15 sont applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 413-9.

### **Article R413-17**

Tout bénéficiaire d'un avantage, en exécution des articles L. 413-2 à L. 413-9 et L. 754-4, est tenu de se soumettre aux contrôles prescrits par le service, établissement ou organisme qui a la charge de l'avantage considéré et qui, en cas de refus, peut suspendre le paiement de cet avantage.

### **Article R413-18**

Le service, établissement ou organisme compétent fait application aux allocations et majorations attribuées des dispositions de l'article L. 413-7, sans que le bénéficiaire ait à formuler une demande.

### **Article R413-19**

Les allocations et majorations à la charge des fonds communs des accidents du travail agricole et non agricole, en vertu des articles L. 413-2 et suivants, ainsi que les frais de procédure et de gestion y afférents font l'objet, dans les écritures de ces fonds ou de chacune des sections locales instituées dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, d'une comptabilité distincte des autres dépenses à la charge desdits fonds ou sections locales.

## **Sous-section 3 : Accidents survenus ou maladies constatées en Algérie avant le 1er juillet 1962.**

## **Article R413-20**

En vue d'obtenir le bénéfice de l'allocation différentielle prévue au premier alinéa de l'article L. 413-10, toute personne remplissant les conditions requises est tenue de justifier de celles-ci auprès du service compétent pour l'Etat employeur ou de la Caisse des dépôts et consignations dans les autres cas.

Ce service ou cet établissement recueille tous renseignements, procède à toute vérification qu'il estime nécessaire.

## **Article R413-21**

Les arrérages de l'allocation différentielle prennent effet à la date à laquelle les justifications sont parvenues au service ou à l'établissement compétent.

## **Article R413-22**

L'allocation différentielle fait l'objet, dans les écritures des fonds communs mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 413-10, d'une comptabilité distincte des autres dépenses à la charge desdits fonds.

## **Article R413-23**

Les avantages mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 413-10 s'entendent de tous ceux qui, en vertu de la législation applicable en Algérie avant le 1er juillet 1962, incombent ou incomberaient aux fonds communs des accidents du travail non agricole et agricole survenus en Algérie, notamment en application de l'article 24 de la loi du 9 avril 1898 et des articles 13, 14, 26 et 30 de la loi n° 54-892 du 2 septembre 1954.

Toute personne qui désire obtenir le bénéfice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 413-10 est tenue de justifier auprès de la Caisse des dépôts et consignations qu'elle réunit les conditions prévues respectivement au premier et au quatrième alinéas dudit article ; la Caisse des dépôts et consignations recueille tous renseignements et procède à toute vérification qu'elle estime nécessaire.

En mettant en paiement l'avantage dû, sous forme d'avance à la charge, selon le cas, du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 ou à l'article 1203 du code rural, la Caisse des dépôts et consignations avise le bénéficiaire que ledit fonds est subrogé à due concurrence dans ses droits conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n° 64-1330 du 26 décembre 1964 à l'égard de l'institution algérienne compétente.

## **Article R413-24**

En vue de l'application de l'article 5 de la loi n° 64-1330 du 26 décembre 1964, les avances consenties conformément aux dispositions de l'article R. 413-23 par les fonds communs mentionnés audit article, ainsi que les frais de procédure et de gestion y afférents, font l'objet dans les écritures de ces fonds d'une comptabilité distincte de celle afférente aux autres dépenses desdits fonds.

## **Article R413-25**

Les dispositions de la présente sous-section sont applicables aux étrangers admis au bénéfice d'une ou plusieurs prestations dans le cadre du décret n° 62-1049 du 4 septembre 1962 portant règlement d'administration publique pour l'application à certains étrangers de la loi n° 61-1439 du 26 décembre 1961 relative à l'accueil et à la réinstallation des Français d'outre-mer.



## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 R421-1**

La politique de prévention mentionnée à l'article L. 421-1 est définie par le ministre chargé du travail et par le ministre chargé de la sécurité sociale.

###### **Article R421-2**

Les décisions de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés doivent être prises après avis du comité technique national intéressé ou, si plusieurs branches d'activités sont intéressées, des comités techniques nationaux concernés pour toutes mesures de caractère technique et d'ordre statistique.

###### **Article R421-4**

Le classement des entreprises en fonction de leur risque professionnel est effectué à l'intérieur d'une région déterminée soit par les conseils d'administration des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, après consultation des comités techniques régionaux, soit par les comités techniques régionaux lorsqu'ils statuent en vertu d'une délégation des conseils d'administration.

###### **Section 2 : Fonds de prévention des accidents du travail.**

## **Article R421-5**

Le Fonds national de prévention des accidents du travail prévu à l'article R. 251-1 contribue à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles :

1°) par la création ou le développement d'institutions ou de services de recherches, d'études, d'essais, d'enseignement, de documentation ou de propagande concernant l'hygiène et la sécurité du travail et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

2°) par la création ou le développement d'institutions ou de services chargés de l'organisation ou du contrôle de la prévention ou fournissant le concours de techniciens-conseils en matière de prévention ;

3°) par l'attribution de subventions ou de prêts aux institutions mentionnées aux 1° et 2° ci-dessus.

## **Article R421-6**

Le fonds de prévention fournit les moyens de recourir à tous les procédés de publicité et de propagande appropriés pour faire connaître, tant dans les entreprises que parmi la population, les méthodes de prévention et exercer spécialement une action sur les travailleurs par l'intermédiaire de leurs syndicats et sur les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Il favorise l'enseignement de la prévention en liaison avec le ministère chargé de la sécurité sociale, le ministère chargé du travail, le ministère chargé de la santé et le ministère chargé de l'éducation nationale.

## **Section 3 : Comités techniques nationaux et régionaux**

### **Article R421-7**

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles est assistée de comités techniques nationaux constitués par branches ou groupes de branches d'activité. Ces comités centralisent et étudient les statistiques concernant leurs branches de production respectives.

Lorsque les questions à étudier ou les décisions à prendre intéressent plusieurs comités, la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles assure leur coordination.

## **Article R421-8**

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste et la composition des comités sur proposition de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Chaque comité comprend seize membres désignés pour quatre ans par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, pour moitié sur proposition des organisations professionnelles d'employeurs et pour moitié sur proposition des organisations syndicales de salariés, représentatives sur le plan national. Des membres suppléants en nombre égal à celui des titulaires sont désignés dans les mêmes conditions. Le mandat des membres est renouvelable.

Le directeur de la sécurité sociale, le directeur général du travail, le chef du service de l'inspection médicale du travail ou leur représentant assistent avec voix consultative aux séances des comités techniques nationaux.

Les comités peuvent s'adjoindre des spécialistes des questions de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

## **Article R421-11**

Les comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4 et chargés d'assister les conseils d'administration des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles comprennent chacun huit membres au moins désignés par lesdits conseils sur la proposition des organisations professionnelles de travailleurs et d'employeurs reconnues les plus représentatives par le préfet de région. Des membres suppléants en nombre égal à celui des titulaires sont désignés dans les mêmes conditions.

Le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi et, le cas échéant, le fonctionnaire chargé de l'inspection du travail en vertu d'une législation spéciale, assistent aux séances desdits comités avec voix consultative. Chacun d'eux peut se faire représenter par un fonctionnaire placé sous son autorité.

Les comités techniques peuvent s'adjoindre des spécialistes des questions de prévention des accidents du travail et maladies professionnelles, notamment des médecins inspecteurs du travail.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les branches ou groupes de branches d'activité devant donner lieu à la création de comités techniques.

## **Article R421-12**

Les questions relatives à la prévention sur lesquelles les comités techniques régionaux sont obligatoirement consultés par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail comportent notamment :

1°) l'institution de nouvelles mesures de prévention auxquelles doivent se soumettre les employeurs exerçant une même activité, imposées en application de l'article L. 422-4 ;

2°) les ristournes accordées ou les cotisations supplémentaires imposées aux entreprises par application des dispositions de l'article L. 242-7.

### **Article R421-13**

Les comités techniques régionaux procèdent à toutes études statistiques se rapportant au risque professionnel dans leurs branches d'activités respectives. Les résultats de ces études sont transmis immédiatement aux comités techniques nationaux intéressés.

Les comités techniques régionaux concourent à la diffusion pour leur région des méthodes de prévention avec la collaboration des organisations professionnelles patronales et ouvrières, des organisations nationales de jeunesse ouvrière et des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

### **Article R421-14**

Les services de l'inspection du travail et de l'inspection médicale du travail et de l'emploi fournissent aux comités techniques régionaux et nationaux et sur leur demande les renseignements et la documentation qu'ils possèdent et dont lesdits comités ont besoin pour procéder à l'étude de toute question relevant de leur compétence.

## **Chapitre 2 : Attributions des organismes**

### **Section 1 : Attributions de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés**

#### **Article R422-1**

Les ingénieurs-conseils de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peuvent être chargés d'enquêtes concernant l'activité des services de prévention des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.

## **Article R422-2**

L'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article L. 422-1 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du travail.

L'arrêté mentionné au dernier alinéa de l'article L. 422-1 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

## **Section 2 : Attributions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail**

### **Article R422-3**

Les statistiques mentionnées au premier alinéa de l'article L. 422-2 sont communiquées annuellement au ministre chargé du travail et au ministre chargé de la sécurité sociale.

Les résultats des études mentionnées au deuxième alinéa du même article L. 422-2 sont portés à la connaissance du directeur régional du travail et de l'emploi.

### **Article R422-4**

Les ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité sont des agents de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou des personnes choisies par le conseil d'administration en dehors du personnel de la caisse, en raison de leur compétence technique.

Ils sont agréés dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R422-5**

L'autorité compétente pour l'exercice des pouvoirs prévus au 1° du premier alinéa de l'article L. 422-4 est le directeur régional du travail et de l'emploi.

Les autorités compétentes pour l'exercice des pouvoirs prévus au deuxième alinéa de l'article L. 422-4 sont le directeur régional du travail et de l'emploi ou, en cas de refus de celui-ci, le ministre chargé du travail.

Le délai prévu au 2° du troisième alinéa du même article est fixé à trois ans.

## **Article R422-6**

La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut :

1°) accorder des récompenses aux travailleurs, agents de maîtrise et chefs d'entreprise qui se sont signalés par leur activité et leurs initiatives en matière de prévention ;

2°) avec l'autorisation de la Caisse nationale de l'assurance maladie, créer et gérer des institutions ou des services dont le but est le perfectionnement ou le développement, dans le cadre régional, des méthodes de prévention, aider financièrement par des subventions, des prêts ou la rémunération de services rendus, à la création et au fonctionnement de telles institutions ou services.

## **Article R422-8**

La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, en vue de réaliser, à titre d'expérience et sous son contrôle, certaines mesures de protection et de prévention, peut conclure avec des entreprises des conventions comportant une participation au financement de ces mesures. Cette participation peut prendre la forme soit d'avances remboursables, soit de subventions, soit d'avances susceptibles, suivant les résultats obtenus, d'être transformées, en tout ou en partie, en subventions.

## **Article R422-9**

Il est trimestriellement rendu compte au conseil d'administration de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail des opérations mentionnées à l'article L. 422-4 et aux articles R. 422-6 à R. 422-8.

Cette caisse rend annuellement compte à la caisse nationale de l'ensemble de ses activités en matière de prévention.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 R431-1**

Le taux d'incapacité mentionné au 4° de l'article L. 431-1 est fixé à 10 %.

###### **Article R431-2**

Les prestations mentionnées à l'article L. 431-1 sont supportées conformément aux dispositions du présent titre, par la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle la victime est affiliée.

Toutefois, en cas d'accidents successifs survenus à un même travailleur, la caisse primaire compétente pour le dernier accident assume la charge des rentes afférentes à chacun des accidents du travail antérieurs. Cette caisse a qualité pour assurer la gestion desdites rentes et notamment pour recevoir tous documents, procéder à tous contrôles, prendre toute décision et exercer toute action y relative.

Ladite caisse assume également la charge [\*financière\*] des prestations et indemnités autres que les rentes qui seraient dues postérieurement au transfert de la rente, notamment en exécution des dispositions des articles L. 432-5, L. 443-2 et R. 443-2.

##### **Chapitre 2 : Les prestations en nature**

###### **Section 1 : Soins.**

## **Article R432-1**

L'arrêté interministériel mentionné à l'article L. 432-3 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de l'économie.

## **Article R432-2**

Dans le cas où la victime est hospitalisée dans une clinique privée dont les tarifs sont plus élevés que ceux de l'établissement hospitalier public de même nature le plus proche, la caisse primaire, sauf le cas d'urgence, et sauf circonstances exceptionnelles, n'est tenue au paiement des frais que dans les limites de son tarif de responsabilité mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 432-4.

## **Section 2 : Appareillage.**

### **Article R432-3**

Le droit de la victime à l'appareillage prévu aux articles L. 431-1 et L. 432-5 s'exerce dans les conditions fixées par la section 4 du chapitre 1er du titre VI du livre Ier.

### **Article R432-4**

En matière de prothèse dentaire, sauf en ce qui concerne la prothèse maxillo-faciale, à laquelle sont applicables les dispositions de la présente section, les mutilés se font appareiller chez un praticien de leur choix, dans les conditions fixées par la nomenclature générale des actes professionnels sous réserve des dispositions spéciales fixées par un arrêté interministériel pris conformément aux dispositions de l'article L. 432-3.

Les dispositions de l'article R. 141-1 sont applicables en matière de soins dentaires et de délivrance des appareils de prothèse dentaire.

La caisse primaire d'assurance maladie paie directement le praticien sur présentation de la note de frais établie sur la base du tarif fixé conformément aux dispositions des articles L. 162-5, L. 162-6, L. 162-8, L. 162-9, L. 162-11 et L. 162-12 d'après la nomenclature générale des actes professionnels.

## **Section 3 : Réadaptation fonctionnelle, rééducation professionnelle et**



## **reclassement**

### **Sous-section 1 : Dispositions générales.**

#### **Article R432-6**

Le bénéfice du traitement prévu à l'article L. 432-6 est accordé à la victime, soit sur sa demande, soit sur l'initiative de la caisse, après avis du médecin traitant et du médecin-conseil dès qu'il apparaît que ce traitement est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure ou à atténuer l'incapacité permanente. En cas de désaccord ou si la victime en fait la demande, il est procédé à une expertise dans les conditions prévues par décret.

Au vu des avis médicaux, émis dans les conditions mentionnées à l'alinéa précédent, il est statué par la caisse sur la nature et la durée du traitement nécessité par l'état de la victime.

#### **Article R432-7**

La décision prise par la caisse primaire d'assurance maladie en application de l'article R. 432-6 est notifiée à la victime et à son médecin traitant. Lorsqu'il s'agit d'une décision de refus la notification à la victime est faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Dans le cas où le bénéfice de la réadaptation fonctionnelle a été demandé par la victime, la caisse est tenue de répondre dans le délai d'un mois, à compter de la date de réception de la demande. Le défaut de réponse dans ce délai vaut décision de rejet et ouvre droit au recours de la victime.

#### **Article R432-8**

En cas d'inobservation des obligations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 432-8, la date à laquelle la caisse cesse d'être tenue au paiement des frais mentionnés au deuxième alinéa du même article est celle qui est constatée sur l'avis de réception de la lettre recommandée adressée par la caisse aux praticiens ou établissements intéressés, pour leur notifier sa décision, dont la victime aura également été avisée par lettre recommandée.

#### **Article R432-9**

Si une rente est due par la caisse primaire à la victime soumise au traitement spécial en vue de la réadaptation, à raison de l'incapacité permanente résultant de l'accident ayant nécessité cette réadaptation, la caisse primaire paie s'il y a lieu la fraction d'indemnité journalière qui excède le

montant correspondant de la rente, conformément aux dispositions de l'article R. 443-2.

### **Article R432-9-1**

En cas de rééducation professionnelle, le salaire perçu avant l'accident en fonction duquel est calculé le supplément d'indemnité journalière ou de rente prévu à l'article L. 432-9 est celui mentionné aux articles R. 433-4 et R. 434-29.

## **Sous-section 2 : Prime de fin de rééducation et prêt d'honneur.**

### **Article R432-10**

En vue de faciliter le reclassement de la victime, la caisse primaire d'assurance maladie peut verser à celle-ci, après avis conforme de l'établissement où la rééducation a eu lieu :

1°) une prime de fin de rééducation dans la limite d'un maximum et selon les conditions d'attribution fixées par un décret pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ;

2°) éventuellement, un prêt d'honneur en vue d'une installation industrielle, artisanale ou agricole.

Le décret mentionné au 1° ci-dessus détermine notamment le montant de ce prêt, le taux de l'intérêt y afférent, le délai maximum accordé pour le remboursement, les garanties exigées et, d'une façon générale, les conditions d'attribution du prêt.

## **Chapitre 3 : Indemnisation de l'incapacité temporaire.**

### **Article R433-1**

La fraction du salaire journalier mentionnée au premier alinéa de l'article L. 433-2 est égale à 60 %.

### **Article R433-2**

La limite maximale de la rémunération annuelle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 433-2 est égale à 0,834 %.

### **Article R433-3**

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 433-2, le taux de l'indemnité journalière est porté à 80 % du salaire journalier, à partir du vingt-neuvième jour après celui de l'arrêt de travail consécutif à l'accident.

### **Article R433-4**

Le salaire journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière prévue à l'article L. 433-1 est déterminé comme suit :

1° 1/30, 42 du montant de la ou des deux dernières payes antérieures à la date de l'arrêt de travail, si le salaire est réglé mensuellement ou deux fois par mois ;

2° 1/28 du montant des deux ou des quatre dernières payes antérieures à la date de l'arrêt de travail, si le salaire est réglé toutes les deux semaines ou chaque semaine ;

3° 1/30, 42 du montant des payes afférentes au mois antérieur à la date de l'arrêt de travail, si le salaire est réglé journalièrement ou à intervalles réguliers, au début ou à la fin d'un travail ;

4° 1/91, 25 du montant du salaire des trois mois antérieurs à la date d'arrêt du travail, si ce salaire n'est pas réglé au moins une fois par mois, mais l'est au moins une fois par trimestre ;

5° 1/365 du montant du salaire des douze mois antérieurs à la date de l'arrêt de travail, lorsque l'activité de l'entreprise n'est pas continue ou présente un caractère saisonnier ou lorsque la victime exerce une profession de manière discontinue.

L'indemnité journalière calculée à partir de ce salaire journalier ne peut dépasser le montant du gain journalier net perçu par la victime et déterminé selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R433-4-1**

En cas de redressement d'assiette sur la base d'une rémunération forfaitaire mis en recouvrement conformément aux dispositions de l'article L. 242-1-2, les droits du salarié intéressé mentionnés à l'article L. 433-2 sont fixés sur la base d'une fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-1 du code du travail en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé.

### **Article R433-5**

Par dérogation aux dispositions des articles R. 433-4 et R. 436-1, les conditions suivantes sont appliquées aux sommes allouées, soit à titre de rappel de rémunération pour une période écoulée, soit à titre de rémunération sous forme d'indemnités, primes ou gratifications, lorsqu'elles sont réglées postérieurement à la rémunération principale afférente à la même période de travail.

Ces sommes ne sont prises en considération pour la détermination du salaire de base de l'indemnité journalière qu'autant qu'elles ont été effectivement payées avant la date de l'arrêt de travail.

Elles sont considérées comme se rapportant à une période immédiatement postérieure au mois civil au cours duquel elles ont été effectivement payées et d'une durée égale à la période au titre de laquelle elles ont été allouées.

## **Article R433-6**

Dans les cas énumérés ci-après et sous réserve des dispositions prévues au dernier alinéa, le salaire journalier de base est déterminé comme si la victime avait travaillé pendant le mois, les vingt-huit jours, les trois mois ou les douze mois dans les mêmes conditions :

1°) la victime travaillait, au sens de la législation sur les accidents du travail, depuis moins d'un mois, de vingt-huit jours, de trois mois ou de douze mois au moment de l'arrêt de travail ;

2°) la victime n'avait pas accompli les périodes de travail mentionnées à l'article précédent en raison de maladie, longue maladie, accident, maternité, chômage total ou partiel constaté par le service administratif qualifié, fermeture de l'établissement à la disposition duquel l'intéressé est demeuré, congé non payé à l'exclusion des absences non autorisées, services militaires ou appel sous les drapeaux ;

3°) la victime, bénéficiaire de l'indemnité de changement d'emploi prévue à l'article L. 461-8, s'est trouvée effectivement sans emploi au cours de la période à considérer ;

4°) la victime avait changé d'emploi au cours de la période à considérer. Dans ce cas, le salaire de base est déterminé à partir du salaire afférent à l'emploi occupé au moment de l'arrêt de travail. Toutefois, si le salaire de base ainsi déterminé se trouve inférieur au montant global des rémunérations réellement perçues dans les différents emplois au cours de la période à considérer, c'est sur ce montant global que doit être calculée l'indemnité journalière ;

5°) la victime bénéficiait d'un revenu de remplacement dans les conditions prévues aux articles L. 351-1 et suivants du code du travail.

Pour certaines catégories de salariés ou assimilés soumis à des conditions particulières de rémunération résultant du caractère normalement discontinu du travail, le salaire journalier de base mentionné au premier alinéa peut être adapté à ces conditions particulières de rémunération, suivant des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R433-7**

Dans le cas prévu à l'article L. 443-2, où l'aggravation de la lésion entraîne pour la victime une nouvelle incapacité temporaire, l'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire journalier de la période mentionnée à l'article R. 433-4, qui précède immédiatement l'arrêt du travail causé par

cette aggravation. Si la date de guérison ou de consolidation n'a pas été fixée, cette indemnité est portée à 80 % du salaire ainsi déterminé à partir du vingt-neuvième jour d'arrêt de travail, compte tenu de la durée de la première interruption de travail consécutive à l'accident.

En aucun cas, l'indemnité journalière allouée conformément aux dispositions du présent article ne peut être inférieure à celle correspondant respectivement à 60 ou à 80 % du salaire, perçue au cours de la première interruption de travail, compte tenu, le cas échéant, de la révision opérée, conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article L. 433-2.

### **Article R433-8**

Le salaire servant de base au calcul de l'indemnité journalière due à l'apprenti ne peut pas être inférieur au salaire mentionné à l'article R. 412-11 du présent code. L'indemnité journalière calculée à partir de ce salaire ne peut dépasser le gain journalier net perçu par l'apprenti et déterminé dans les conditions fixées au dernier alinéa de l'article R. 433-5.

### **Article R433-9**

La durée d'interruption du travail mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 433-2 est fixée à trois mois.

### **Article R433-10**

En vue de la révision prévue à l'article L. 433-2, le salaire journalier ayant servi de base au calcul de l'indemnité journalière est majoré, le cas échéant, par application des coefficients de majoration fixés par arrêtés interministériels.

Toutefois, lorsqu'il existe une convention collective de travail applicable à la profession à laquelle appartient la victime, celle-ci peut, si elle entre dans le champ d'application territorial de cette convention, demander que la révision du taux de son indemnité journalière soit effectuée sur la base d'un salaire journalier calculé d'après le salaire normal prévu pour sa catégorie professionnelle dans ladite convention si cette modalité lui est favorable. La révision prend effet soit du premier jour du quatrième mois d'incapacité temporaire, soit de la date d'effet du coefficient de variation ou de la convention susmentionnée si cette date est postérieure.

### **Article R433-11**

Dans le cas prévu au troisième alinéa de l'article L. 433-2, il appartient à la victime de demander à la caisse primaire qui lui sert l'indemnité journalière la révision du taux de celle-ci en produisant les justifications utiles, et, notamment, une attestation délivrée par l'employeur qui occupait la victime au moment de l'accident. En cas de doute, la caisse primaire prend l'avis de l'inspecteur du travail.

La caisse doit, si elle estime qu'une victime est susceptible de bénéficier des dispositions précitées et que celle-ci néglige d'en faire la demande, l'inviter à lui fournir les justifications utiles.

## **Article R433-12**

La caisse primaire d'assurance maladie n'est pas fondée à suspendre le service de l'indemnité journalière lorsque l'employeur maintient à la victime, en cas d'accident du travail, tout ou partie de son salaire ou des avantages en nature, soit en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, soit en vertu des usages de la profession, soit de sa propre initiative.

Toutefois, lorsque le salaire est maintenu en totalité, l'employeur est subrogé de plein droit à la victime, quelles que soient les clauses du contrat, dans les droits de celle-ci aux indemnités journalières qui lui sont dues.

Lorsque, en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, le salaire est maintenu en totalité ou en partie sous déduction des indemnités journalières, l'employeur qui paie tout ou partie du salaire pendant la période d'incapacité sans opérer cette déduction peut être subrogé par la victime dans ses droits aux indemnités journalières à condition que le salaire maintenu au cours de cette période soit au moins égal au montant des indemnités dues pour la même période ; dans les autres cas, l'employeur est seulement fondé à poursuivre auprès de la victime le recouvrement de la somme correspondant aux indemnités journalières dans la limite du salaire maintenu pour la même période.

L'employeur et la victime qui se sont mis d'accord pour le maintien d'avantages en nature en cas d'accidents, peuvent en informer la caisse et demander le versement par elle, à l'employeur, de la partie de l'indemnité journalière correspondant à la valeur des avantages maintenus.

## **Article R433-13**

L'indemnité journalière prévue à l'article L. 433-1 est mise en paiement par la caisse primaire d'assurance maladie dès la réception de tout certificat médical attestant la nécessité d'arrêt de travail, sans préjudice des dispositions de l'article R. 433-17.

L'indemnité journalière n'est pas cumulable avec les revenus de remplacement ou allocations mentionnés à l'article L. 311-5.

## **Article R433-14**

L'indemnité journalière prévue à l'article L. 433-1 est payable aux époques fixées par le règlement intérieur de la caisse primaire débitrice, sans que l'intervalle entre deux paiements puisse excéder seize jours.

## **Article R433-15**

Lorsque la victime reprend avant sa guérison ou la consolidation de sa blessure un travail léger avec l'autorisation de son médecin traitant, elle doit immédiatement en aviser la caisse primaire et lui adresser :

1°) un certificat du médecin traitant accordant ladite autorisation ;

2°) une attestation de l'employeur indiquant la nature exacte de l'emploi et la rémunération correspondante. Une nouvelle attestation patronale doit être adressée par la victime à la caisse primaire lors de tout changement survenu dans la nature de l'emploi occupé ou le montant de la rémunération perçue.

En cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin-conseil, il est procédé à un nouvel examen conformément aux dispositions du chapitre 1er du titre IV du livre Ier.

Si le médecin-conseil ou le médecin expert reconnaît que le travail est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure, la caisse primaire décide, s'il y a lieu, le maintien total ou partiel de l'indemnité, compte tenu de l'attestation prévue au premier alinéa du présent article ou, si celle-ci n'a pas été produite ou lui paraît insuffisante, au vu des résultats de l'enquête effectuée.

La caisse primaire notifie sa décision à la victime par lettre recommandée.

## **Article R433-16**

La caisse primaire d'assurance maladie paie valablement les indemnités journalières dues à la victime entre les mains de son conjoint ou, si la victime est mineure, soit entre ses mains, soit entre les mains de toute personne justifiant l'avoir à sa charge.

La victime peut donner délégation à un tiers pour l'encaissement des indemnités journalières.

Cette délégation n'est valable que pour une seule période d'incapacité temporaire ; elle ne fait pas obstacle au droit de la caisse primaire de surseoir au paiement pour procéder aux vérifications nécessaires et de payer les indemnités par la poste.

Un employé d'une caisse ne peut recevoir de délégation de la victime pour l'encaissement des indemnités journalières que s'il a été spécialement accrédité à cet effet par le conseil d'administration de la caisse.

## **Article R433-17**

Dès réception du certificat médical prévu au deuxième alinéa de l'article L. 441-6, la caisse primaire fixe, après avis du médecin-conseil, la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure.

Si la caisse conteste le contenu du certificat médical, il est statué dans les conditions fixées par le chapitre Ier du titre IV du livre Ier.

Dans le cas où le certificat prévu au deuxième alinéa de l'article L. 441-6 n'est pas fourni à la caisse, celle-ci, après avis du médecin-conseil, notifie à la victime par lettre recommandée avec demande d' accusé de réception la date qu'elle entend retenir comme date de la guérison ou de la consolidation de la blessure. Elle fait connaître également cette intention au médecin traitant. Si le certificat médical ne lui parvient pas dans un délai de dix jours à compter de la notification à la victime, la date, ainsi notifiée, devient définitive.

La notification de la décision de la caisse primaire est adressée à la victime sous pli recommandé avec demande d'avis de réception.

## **Chapitre 4 : Indemnisation de l'incapacité permanente**

### **Section 1 : Victimes.**

#### **Article R434-1**

Le taux d'incapacité prévu aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 434-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 est fixé à 10 %.

#### **Article R434-1-1**

Lorsque l'indemnité en capital prévue à l'article L. 434-1 a déjà été versée et qu'un nouveau taux d'incapacité permanente est fixé, supérieur au taux précédemment notifié à la victime, il est tenu compte de l'indemnité en capital précédemment versée dans les conditions suivantes :

a) Si le nouveau taux d'incapacité reste inférieur à 10 %, la victime reçoit une indemnité en capital correspondant à ce nouveau taux, diminuée d'une somme égale à l'indemnité correspondant, à la date de la révision, à l'ancien taux ;

b) Si le nouveau taux d'incapacité est au moins égal à 10 %, la rente due à la victime est calculée suivant les règles fixées par les articles L. 434-2, L. 434-15 et L. 434-16 ; les arrérages annuels de cette rente sont diminués de 30 % au plus, à concurrence d'une somme égale à la moitié de l'indemnité en capital précédemment versée.



## **Article R434-1-2**

Lorsque la rente versée à la victime d'un accident du travail a été partiellement remplacée par un capital et qu'un nouveau taux d'incapacité permanente est fixé pour la même personne, il est tenu compte du capital précédemment versé dans les conditions suivantes :

- a) Si le nouveau taux d'incapacité est inférieur à 10 %, la rente est remplacée par l'indemnité en capital prévue à l'article L. 434-1 ;
- b) Si le nouveau taux d'incapacité est au moins égal à 10 %, le montant de la rente due à la victime et correspondant à ce taux est diminué du montant de la fraction de la rente correspondant à l'ancien taux et qui a été précédemment remplacée par un capital.

## **Article R434-1-3**

Lorsqu'un nouveau taux d'incapacité permanente inférieur à 10 % est fixé pour une personne bénéficiaire d'une rente, cette rente est remplacée par l'indemnité en capital prévue à l'article L. 434-1.

## **Article R434-2**

La rente à laquelle a droit la victime en application du deuxième alinéa de l'article L. 434-2 est égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de la moitié pour la partie qui excède 50 %.

## **Article R434-2-1**

En cas d'accidents successifs, le calcul de la rente afférente au dernier accident prend en compte la somme de tous les taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus, qu'ils aient donné lieu au versement d'une rente ou d'une indemnité en capital, pour déterminer, en application de l'article R. 434-2, la partie du taux de l'accident considéré inférieure ou supérieure à 50 %.

## **Article R434-3**

Le taux d'incapacité prévu au troisième alinéa de l'article L. 434-2 est fixé à 80 %. La majoration mentionnée à ce même alinéa est fixée à 40 % de la rente.

Le montant minimum de cette majoration est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

## **Article R434-4**

Lorsqu'à la date de consolidation d'un nouvel accident susceptible de donner lieu à une indemnité en capital, la somme des taux d'incapacité permanente visés à l'article R. 434-1 atteint le taux de 10 %, la victime est informée par la caisse de son droit à bénéficier soit d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit d'une indemnité en capital pour l'indemnisation de cet accident.

En l'absence d'option de la victime dans un délai de deux mois à compter de la date de notification de cette information, la caisse verse au titre de ce nouvel accident une indemnité en capital dans les conditions prévues à l'article L. 434-1.

L'option est souscrite à titre définitif.

Lorsque la victime opte pour une rente, celle-ci est calculée conformément aux dispositions des articles R. 434-2-1, R. 434-28 et R. 434-29 sur le salaire annuel perçu au moment de l'accident ouvrant droit à l'option. Les arrérages annuels de la rente sont diminués de 30 % au plus, à concurrence d'une somme égale à la moitié du montant de la ou des indemnités en capital précédemment versées. Cette rente ne peut pas faire l'objet d'un rachat.

Les modalités d'information de la victime et d'exercice de son droit d'option sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

## **Article R434-5**

Quels que soient le montant de la rente et le taux d'incapacité, le titulaire peut demander que le quart au plus du capital correspondant à la valeur de la rente si le taux d'incapacité est de 50 % au plus, ou, s'il est plus élevé, du capital correspondant à la fraction de rente allouée jusqu'à 50 % lui soit attribué en espèces.

Si la rente est calculée sur un taux d'incapacité au plus égal à 50 %, le titulaire peut demander que le capital représentatif de la rente ou ce capital réduit du quart au plus, comme il vient d'être dit, serve à constituer sur sa tête une rente viagère réversible pour moitié au plus sur la tête de son conjoint. Si le taux d'incapacité est supérieur à 50 % cette transformation ne peut être demandée que pour la portion de rente correspondant au taux d'incapacité de 50 %. La rente viagère est diminuée de façon qu'il ne résulte de la réversibilité aucune augmentation de charge pour la caisse.

Les conversions prévues ci-dessus sont effectuées suivant le tarif arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale d'après le taux d'incapacité permanente fixé à la date de la demande.

## **Article R434-6**

La demande de conversion est adressée par le titulaire de la rente à la caisse primaire d'assurance maladie chargée du paiement de la rente sous pli recommandé avec demande d'accusé de réception.

La caisse notifie sa décision sous pli recommandé avec demande d'accusé de réception dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande.

Si le titulaire de la rente a demandé à la fois la conversion en capital du quart de la rente et le bénéfice de la conversion en rente réversible, les deux décisions prises par la caisse doivent faire l'objet de notifications distinctes.

En l'absence de notification de décision de la caisse dans le délai prévu au deuxième alinéa, la demande est réputée acceptée.

## **Article R434-7**

Les arrérages de la rente ou fraction de rente convertie cessent d'être dus à la date d'effet de la conversion déterminée comme il est dit au premier alinéa de l'article R. 434-6.

Dans le cas de constitution d'une rente réversible, la nouvelle rente a pour point de départ le lendemain de la date de cessation du paiement de la rente ou fraction de rente convertie.

## **Article R434-8**

Sauf en ce qui concerne la transformation de la rente en capital ou en rente réversible, opération qui a un caractère irrévocable, les droits et obligations de la victime après la conversion s'exercent dans les mêmes conditions qu'auparavant.

## **Article R434-9**

Pour l'application de l'article L. 434-6, le pourcentage du salaire perçu par le travailleur valide de la catégorie à laquelle appartenait la victime est fixé à 80 %.

## **Section 2 : Ayants droit.**

## **Article R434-10**

La fraction de salaire annuel de la victime qui sert de base à la rente prévue au premier alinéa de l'article L. 434-8 en faveur du conjoint, du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou du concubin est fixée à 40 %. La durée mentionnée au même alinéa est de deux ans.

La fraction du salaire annuel de la victime qui sert de base à la rente viagère prévue au deuxième alinéa de l'article L. 434-8 est fixée à 20 %. Le minimum de la rente viagère institué en faveur du nouveau conjoint de la victime ne peut être inférieur à la moitié de la rente de 40 %.

La fraction du salaire annuel de la victime qui sert de base au complément de rente prévu en faveur du conjoint survivant par le cinquième alinéa de l'article L. 434-8 est fixée à 20 %. L'âge minimum que doit avoir ce dernier est de cinquante-cinq ans. Le pourcentage minimal de l'incapacité de travail générale prévue au même alinéa est fixé à 50 % ; sa durée minimale est fixée à trois mois.

Est reconnu atteint d'une incapacité de travail générale d'au moins 50 % le conjoint survivant qui se trouve hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un gain supérieur à la moitié du salaire minimum de croissance.

## **Article R434-11**

Le conjoint survivant qui sollicite le bénéfice des dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 434-8 adresse à la caisse primaire d'assurance maladie une demande au moyen d'un imprimé mis à sa disposition par cet organisme et accompagnée des pièces justifiant qu'il satisfait aux conditions exigées.

Cette demande comporte un questionnaire ; le postulant doit attester sur l'honneur l'exactitude de ses réponses.

Il est donné au requérant récépissé de sa demande et des pièces qui l'accompagnent.

## **Article R434-12**

La caisse primaire, au reçu de la demande prévue au premier alinéa de l'article R. 434-11, doit prendre l'avis du service du contrôle médical.

Au vu des renseignements recueillis, il est statué par la caisse primaire sur l'attribution du complément de rente de 20 % et le point de départ de celui-ci, qui ne peut être antérieur, suivant le cas, soit à la date connue avec certitude de la première constatation médicale de l'incapacité de travail générale, soit à la date à laquelle le postulant a atteint l'âge de cinquante-cinq ans.

La caisse est toutefois fondée à refuser au conjoint survivant le bénéfice du complément de rente de 20 %, demandé au titre d'une incapacité de travail générale, pour toute période pendant laquelle son contrôle aura été rendu impossible du fait de l'intéressé.

La décision doit être notifiée immédiatement au conjoint survivant par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

### **Article R434-13**

La caisse primaire d'assurance maladie peut faire procéder par un de ses médecins-conseils à des examens de contrôle de l'état du bénéficiaire du complément de rente de 20 % obtenu en raison d'une incapacité générale de travail de 50 %.

Le bénéficiaire est tenu de se prêter à ces examens. Il est tenu, en outre, d'aviser la caisse primaire lorsque, par suite de l'amélioration de son état, les conditions de pourcentage minimal de l'incapacité de travail générale ne se trouvent plus remplies.

En cas d'inobservation de ces obligations par le conjoint survivant, la caisse est fondée à supprimer le complément de rente de 20 %.

### **Article R434-14**

La durée de la période prévue à l'article L. 434-9 est fixée à trois ans.

Dans le cas prévu au troisième alinéa de l'article L. 434-9 le conjoint survivant adresse à la caisse primaire une demande au moyen d'un imprimé mis à sa disposition par cet organisme et accompagnée des pièces justifiant qu'il satisfait aux conditions prévues.

Cette demande comporte un questionnaire ; le postulant doit attester sur l'honneur l'exactitude de ses réponses.

Il est donné au requérant récépissé de sa demande et des pièces qui l'accompagnent.

### **Article R434-15**

La limite d'âge prévue au premier alinéa de l'article L. 434-10 est fixée à 20 ans.

La fraction du salaire annuel de la victime, prévue au deuxième alinéa de l'article L. 434-10 est fixée, pour chaque orphelin de père ou de mère remplissant les conditions requises, à 25 % dans la limite de deux orphelins et à 20 % au-delà de deux.

Cette fraction est fixée à 30 % si l'enfant est orphelin de père et de mère lors du décès de la victime ou postérieurement à ce décès.

### **Article R434-16**

La fraction du salaire annuel de la victime, prévue à l'article L. 434-13, est fixée à 10 %.

Les fractions du salaire annuel de la victime, prévues respectivement aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 434-14, sont fixées à 30 % et à 85 %.

### **Article R434-17**

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 434-29, dans le cas où la victime d'un accident mortel était titulaire d'une ou de plusieurs rentes à raison d'accidents du travail antérieurs, et percevait un salaire inférieur à celui qu'elle aurait perçu si lesdits accidents ne s'étaient pas produits, ce dernier salaire est substitué au salaire réellement touché pour le calcul des rentes d'ayants droit.

### **Article R434-18**

Une allocation provisionnelle à déduire lors du paiement des premiers arrérages de la rente peut être versée immédiatement à la veuve ou aux ayants droit des victimes sur leur demande.

La caisse primaire d'assurance maladie apprécie le bien-fondé de cette demande et, le cas échéant, fixe le montant de l'allocation et les modalités suivant lesquelles elle sera remboursée par prélèvement sur les premiers arrérages, sous réserve des dispositions ci-après.

Le montant de l'allocation provisionnelle ne peut être supérieur au montant probable des arrérages correspondant à un trimestre pour chaque catégorie d'ayants droit.

Il n'est pas versé d'allocation provisionnelle lorsqu'il s'agit d'un bénéficiaire du droit au capital décès prévu à l'article L. 361-1, à moins que ce capital ne soit inférieur au montant du premier trimestre d'arrérages, auquel cas l'intéressé pourra recevoir la différence entre la valeur de ces arrérages et le capital.

Le remboursement de l'allocation est opéré par fractions égales, sur les arrérages des quatre premiers trimestres. Exceptionnellement, il pourra être échelonné sur une période de plus longue durée, qui ne devra toutefois en aucun cas excéder deux ans.

## **Section 3 : Dispositions communes**

## **Sous-section 1 : Charge et gestion des prestations de l'incapacité permanente.**

### **Article R434-19**

Le paiement des indemnités en capital et des arrérages des rentes d'accidents du travail est effectué par les caisses primaires d'assurance maladie.

### **Article R434-20**

Dès que la caisse primaire a connaissance du ou des accidents du travail entraînant une incapacité permanente de travail dont l'intéressé a été victime antérieurement, elle demande à la caisse primaire qui assure la gestion de la rente afférente à chacun desdits accidents de se dessaisir à son profit du dossier de la rente.

La caisse primaire saisie de la demande prévue à l'alinéa précédent doit assurer le paiement des arrérages en cours et transmettre ensuite le dossier au plus tard dans le mois suivant l'échéance dudit paiement, le transfert ne prenant effet qu'à compter de l'échéance suivante.

### **Article R434-21**

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 434-20, le transfert est différé dans le cas où, à la date de réception de la demande, on se trouve dans l'un des cas suivants :

- 1°) le taux de l'incapacité permanente n'a pas encore été fixé ;
- 2°) la liquidation de la rente est en cours ;
- 3°) une contestation est en cours, notamment sur le taux d'incapacité permanente, le caractère professionnel d'une lésion invoquée par la victime, le montant de la rente ;
- 4°) une action récursoire est engagée par la caisse primaire en application des dispositions des articles L. 452-4, L. 452-5 et L. 454-1.

Dans les cas énumérés ci-dessus, le transfert prend effet de la seconde échéance suivant la date à laquelle la décision prise par la caisse primaire ou par la juridiction compétente devient définitive, le paiement des arrérages en cours à cette date étant assuré par la caisse primaire avant son dessaisissement.

## **Article R434-22**

Le transfert de la charge de la gestion de la rente, dans les conditions prévues aux articles R. 434-20 et R. 434-21, n'entraîne un transfert de fonds que dans la limite des sommes dont le remboursement est opéré au profit de la caisse primaire dans les cas prévus aux articles L. 452-4, L. 452-5 et L. 454-1. En accord avec les caisses primaires intéressées, le débiteur peut, s'il y a lieu, rembourser directement à la caisse primaire à laquelle la rente a été transférée.

## **Article R434-23**

La caisse primaire qui a la charge et assure la gestion de plusieurs rentes pour un même bénéficiaire, effectue simultanément le paiement des arrérages desdites rentes.

La caisse primaire fait connaître au bénéficiaire qu'elle assume également, à compter du transfert de la rente, la charge des prestations autres que la rente qui seraient dues par suite des conséquences de l'accident ayant donné lieu au transfert.

## **Article R434-24**

En cas d'accidents successifs à la charge soit de différentes organisations spéciales de sécurité sociale, notamment de celles qui sont mentionnées aux articles L. 413-13 et L. 413-14, à l'article 58 du décret n° 60-452 du 12 mai 1960, soit d'une ou plusieurs de ces organisations et d'une ou plusieurs caisses primaires d'assurance maladie, la charge et la gestion de la rente ou des rentes antérieures ainsi que les prestations autres que la ou les rentes sont également transférées à l'organisme qui a la charge du dernier accident.

Ce transfert s'opère dans les conditions prévues aux articles R. 434-20 et R. 434-21 et au présent article. Toutefois, le transfert de la charge de la rente donne lieu au transfert, à titre de règlement définitif, du capital représentatif de ladite rente évaluée à la date du transfert suivant le tarif arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale. Le transfert de la charge des majorations de rentes ainsi que des prestations autres que les rentes peut faire l'objet d'une évaluation forfaitaire dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Sous-section 2 : Calcul de la rente.**

### **Article R434-25**

Le taux d'incapacité mentionné au premier alinéa de l'article L. 434-15 est le taux de 10 % prévu à l'article R. 434-1.



## **Article R434-26**

Le pourcentage de réduction prévu au premier alinéa de l'article L. 434-16 est fixé à 10 %.

## **Article R434-27**

Le salaire minimum prévu au premier alinéa de l'article L. 434-16 est fixé à 276 000 anciens francs à la date du 1er septembre 1954.

## **Article R434-28**

Le salaire annuel sur lequel est calculée la rente prévue au troisième alinéa de l'article L. 434-16, s'il est supérieur au salaire minimum prévu au premier alinéa dudit article, et lorsqu'il s'agit de la victime de l'accident, quelle que soit la réduction de capacité subie, n'entre intégralement en compte pour le calcul de la rente que s'il ne dépasse pas le double de ce salaire minimum. S'il le dépasse, l'excédent n'est compté que pour un tiers. Toutefois, il n'est pas tenu compte de la fraction excédant huit fois le montant du salaire minimum.

## **Article R434-29**

Pour le calcul des rentes, le salaire mentionné à l'article R. 436-1 s'entend de la rémunération effective totale reçue chez un ou plusieurs employeurs pendant les douze mois civils qui ont précédé l'arrêt de travail consécutif à l'accident. Ce salaire est revalorisé par application des coefficients mentionnés à l'article L. 434-17 si, entre la date de l'arrêt de travail et la date de consolidation, un ou plusieurs arrêts de revalorisation sont intervenus. Il est déterminé compte tenu des dispositions ci-après :

1°) si la victime appartenait depuis moins de douze mois à la catégorie professionnelle dans laquelle elle est classée au moment de l'arrêt de travail consécutif à l'accident, le salaire annuel est calculé en ajoutant à la rémunération effective afférente à la durée de l'emploi dans cette catégorie celle que la victime aurait pu recevoir pendant le temps nécessaire pour compléter les douze mois ; toutefois, si la somme ainsi obtenue est inférieure au montant total des rémunérations perçues par la victime dans ses divers emplois, c'est sur ce dernier montant que sont calculées les rentes ;

2°) si, pendant ladite période de douze mois, la victime a interrompu son travail pour l'une des causes prévues à l'article R. 433-6, il est fait état du salaire moyen qui eût correspondu à ces interruptions de travail ;

3°) si la victime travaillait dans une entreprise fonctionnant normalement pendant une partie de l'année seulement ou effectuant normalement un nombre d'heures inférieur à la durée légale du travail, le salaire annuel est calculé en ajoutant à la rémunération afférente à la période d'activité de l'entreprise les gains que le travailleur a réalisés par ailleurs dans le reste de l'année ;

4°) si, par suite d'un ralentissement accidentel de l'activité économique, le travailleur n'a effectué qu'un nombre d'heures de travail inférieur à la durée légale du travail, le salaire annuel est porté à ce qu'il aurait été, compte tenu du nombre légal d'heures de travail ;

5°) si l'état d'incapacité permanente de travail apparaît pour la première fois après une rechute ou une aggravation dans les conditions prévues respectivement aux articles R. 443-3 et R. 443-4, la période de douze mois à prendre en considération est celle qui précède :

a. soit l'arrêt de travail causé par la rechute ou, si l'aggravation n'a pas entraîné d'arrêt de travail, la date de constatation de l'incapacité permanente ;

b. soit l'arrêt de travail consécutif à l'accident, selon le mode de calcul le plus favorable à la victime.

## **Article R434-30**

Les périodes d'activité des entreprises mentionnées au 3° de l'article précédent sont déterminées par arrêté préfectoral pris sur la proposition de l'inspecteur du travail dans la circonscription duquel se trouve l'entreprise considérée, après avis des organisations patronales et ouvrières intéressées.

Les propositions de l'inspecteur du travail sont établies, le cas échéant, en prenant pour base les arrêtés du ministre chargé du travail intervenus en exécution des décrets déterminant les modalités d'application des articles L. 212-1 et L. 212-2 du code du travail relatifs à la semaine de 39 heures, à l'effet d'autoriser la récupération des heures perdues dans les industries ou commerces qui subissent des baisses normales de travail à certaines époques de l'année, en raison des conditions spéciales dans lesquelles elles fonctionnent.

## **Sous-section 3 : Attribution de la rente**

### **Article R434-31**

Dès qu'il apparaît que l'accident a entraîné, entraîne ou paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente de travail, la caisse, à quelque époque que ce soit, prend l'avis du service du contrôle médical.

Sur proposition de ce service, lorsqu'il estime que l'incapacité permanente présentée par la victime est susceptible de rendre celle-ci inapte à l'exercice de sa profession ou à la demande de la victime ou de son médecin traitant et si cette victime relève de la médecine du travail, la caisse, sans

préjudice de l'application des dispositions relatives à la réadaptation ou à la rééducation professionnelle, recueille l'avis du médecin du travail compétent en raison du contrat de travail liant ladite victime à son employeur. A cet effet, elle adresse au médecin du travail une fiche dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le médecin du travail mentionne sur la fiche celles des constatations et observations par lui faites lors de la visite prévue à l'article R. 241-51 du code du travail et qui sont relatives à l'aptitude de la victime à reprendre son ancien emploi ou à la nécessité d'une réadaptation.

Dans le délai de quinze jours à compter de la date à laquelle il a été saisi, le médecin du travail adresse à la caisse primaire intéressée la fiche prévue par les dispositions qui précèdent, sous pli confidentiel, à destination du médecin-conseil chargé du contrôle médical.

Dès que ce document lui est parvenu ou, à défaut, après l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le médecin-conseil exprime dans un rapport son avis, au vu de ces constatations et de l'ensemble des éléments d'appréciation figurant au dossier.

## **Article R434-32**

Au vu de tous les renseignements recueillis, la caisse primaire se prononce sur l'existence d'une incapacité permanente et, le cas échéant, sur le taux de celle-ci et sur le montant de la rente due à la victime ou à ses ayants droit.

Les barèmes indicatifs d'invalidité dont il est tenu compte pour la détermination du taux d'incapacité permanente d'une part en matière d'accidents du travail et d'autre part en matière de maladies professionnelles sont annexés au présent livre. Lorsque ce dernier barème ne comporte pas de référence à la lésion considérée, il est fait application du barème indicatif d'invalidité en matière d'accidents du travail.

La décision motivée est immédiatement notifiée par la caisse primaire par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, avec mention des voies et délais de recours, à la victime ou à ses ayants droit et à l'employeur au service duquel se trouvait la victime au moment où est survenu l'accident. Le double de cette décision est envoyé à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

La notification adressée à la victime ou à ses ayants droit invite ceux-ci à faire connaître à la caisse, dans un délai de dix jours, à l'aide d'un formulaire annexé à la notification, s'ils demandent l'envoi, soit à eux-mêmes, soit au médecin que désignent à cet effet la victime ou ses ayants droit, d'une copie du rapport médical prévu au cinquième alinéa de l'article R. 434-31.

La caisse procède à cet envoi dès réception de la demande, en indiquant que la victime, ses ayants droit ou le médecin désigné à cet effet peuvent, dans un délai de quinzaine suivant la réception du

rapport, prendre connaissance au service du contrôle médical de la caisse des autres pièces médicales.

## **Sous-section 4 : Entrée en jouissance et service de la rente**

### **Article R434-33**

Les arrérages courent du lendemain de la date de consolidation de la blessure, du lendemain du décès, ou du premier jour suivant la fin du mois d'arrérages au cours duquel un titulaire d'une rente d'accident du travail est décédé.

La caisse peut consentir une avance sur le premier arrérage de la rente.

En cas de contestations autres que celles portant sur le caractère professionnel de l'accident, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut accorder des avances sur rentes payables dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Ces avances viennent en déduction du montant des indemnités journalières ou de la rente qui seraient reconnues être dues. Elles ne peuvent être inférieures à la rente proposée par la caisse.

### **Article R434-34**

Les rentes mentionnées à l'article L. 434-15 sont payables à la résidence du titulaire, par trimestre et à terme échu.

Toutefois, lorsque le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 50 %, la rente est versée mensuellement par la caisse primaire débitrice, sous réserve de son paiement soit par lettre chèque, soit par virement sur un compte bancaire ou d'épargne ouvert au nom du titulaire ou de son représentant dûment mandaté.

Les dates de paiement sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

En cas d'hospitalisation de l'assuré, la majoration pour aide d'une tierce personne est versée jusqu'au dernier jour du mois civil suivant celui au cours duquel il a été hospitalisé ; au-delà de cette période, son service est suspendu.

## **Sous-section 5 : Travailleurs étrangers.**

### **Article R434-35**

Le capital mentionné au premier alinéa de l'article L. 434-20 est égal à trois fois le montant annuel de la rente.

## **Chapitre 6 : Dispositions communes aux prestations en espèces.**

### **Article R436-1**

Le salaire servant de base au calcul de l'indemnité journalière et des rentes par application des articles L. 433-2 et L. 434-15 s'entend de l'ensemble des salaires et des éléments annexes de celui-ci afférents à la période à considérer dans chacun des cas prévus aux articles R. 433-4 et R. 434-29, compte tenu, s'il y a lieu, des avantages en nature et des pourboires, déduction faite des frais professionnels et des frais d'atelier et non comprises les prestations familiales légales ni les cotisations patronales de sécurité sociale ni les cotisations patronales à des régimes de retraite ou de prévoyance complémentaires.

En ce qui concerne les revenus non salariaux, ceux-ci ne peuvent être pris en compte que pour le calcul de la rente et seulement dans la mesure où ils ont supporté une cotisation d'assurance volontaire au titre de l'article L. 743-1.

La rémunération de base fait l'objet d'un abattement en raison des frais professionnels qui y sont incorporés, lorsque le travailleur bénéficie, en matière d'impôts sur les traitements et salaires, d'une réduction propre, en sus du taux général de réduction pour frais professionnels. Le taux d'abattement de la rémunération est égal au taux de cette réduction supplémentaire.

### **Article R436-2**

Le salaire servant de base au calcul de l'indemnité journalière et des rentes dues au travailleur âgé de moins de dix-huit ans ou à ses ayants droit ne peut être inférieur au salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi de la profession en fonction duquel ont été fixés, par voie d'abattements, les taux minima de rémunération des jeunes travailleurs âgés de moins de dix-huit ans.

A défaut de cette référence, le salaire de base de l'indemnité journalière et de la rente ne peut être inférieur au salaire le plus bas des travailleurs adultes de la même catégorie occupés dans l'établissement ou, à défaut, dans un établissement voisin similaire.

L'indemnité journalière calculée à partir de l'un de ces deux salaires ne peut dépasser le gain journalier net perçu par le travailleur âgé de moins de dix-huit ans et déterminé dans les conditions fixées au dernier alinéa de l'article R. 433-4.

### **Article R436-4**

Le salaire servant de base au calcul des indemnités journalières et des rentes dues aux gérants de coopératives ouvrières de production et aux gérants de dépôts de sociétés à succursales multiples ou d'autres établissements commerciaux ou industriels mentionnés à l'article L. 311-3 auquel renvoie l'article L. 412-2, s'entend de la rémunération totale afférente à la période d'un an ayant pris fin au dernier inventaire de l'établissement ou de la succursale avant la date de l'arrêt de travail.

Le salaire journalier est calculé en divisant le salaire annuel ainsi déterminé par 365.

Dans le cas où l'établissement ou la succursale est géré par des conjoints ou lorsque le gérant emploie un personnel auxiliaire à ses frais et sous sa responsabilité, le salaire de base du gérant ou de son conjoint victime de l'accident est déterminé suivant la répartition indiquée par une déclaration adressée au siège de l'entreprise dans les dix premiers jours qui suivent chaque trimestre civil par le ou les titulaires de la gérance.

### **Article R436-4-1**

Pour les travailleurs privés d'emploi [\*chômeurs\*] bénéficiaires des revenus de remplacement prévus à l'article L. 351-2 du code du travail et pour les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article R. 322-7 dudit code, victimes d'accidents du travail à l'occasion ou par le fait de tâches d'intérêt général qu'ils accomplissent, le salaire servant de base au calcul des prestations est déterminé conformément aux dispositions de l'article R. 412-11.

Les dispositions du dernier alinéa de l'article R. 433-13 sont applicables à l'indemnité journalière versée en application du présent article.

### **Article R436-5**

L'astreinte prévue à l'article L. 436-1 est versée à partir du huitième jour de l'échéance de l'indemnité journalière, de l'indemnité en capital ou de la rente. Elle est quotidienne et égale à 1 % du montant des sommes non payées.

### **Article R436-6**

Les dispositions des articles R. 412-5, R. 412-6 (dernier alinéa), R. 412-7 (troisième alinéa), R. 412-8 (dernier alinéa), R. 412-9 (dernier alinéa), R. 412-11, R. 433-8, R. 433-13 et R. 436-4-1 s'appliquent pour le calcul des indemnités journalières aux accidents survenus postérieurement au 7 décembre 1985 et pour le calcul des rentes aux victimes d'accidents du travail dont l'état est consolidé postérieurement à cette date.

## **Chapitre 7 : Fonds commun des accidents du travail survenus dans la**

**métropole.**

### **Article R437-1**

Les employeurs auxquels sont applicables les modalités particulières de gestion des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, fixées par le présent titre, participent à l'alimentation du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole institué par l'article L. 437-1. L'assiette de leur contribution est celle qui est définie par l'article L. 241-5, pour les cotisations de sécurité sociale. Le taux est fixé par l'arrêté prévu à l'article L. 437-1 et pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Toutefois, l'Etat employeur est exonéré de toute contribution à l'alimentation du fonds commun.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 R441-1**

Les formalités de déclaration d'accident sont effectuées par l'employeur conformément aux dispositions des articles L. 441-2 et L. 441-4.

Dans les collectivités, établissements et entreprises assurant directement la charge de la réparation, un exemplaire des certificats médicaux prévus à l'article L. 441-6 est transmis sans délai par la caisse primaire au comité d'entreprise intéressé.

###### **Article R441-2**

La déclaration à laquelle la victime d'un accident du travail est tenue conformément à l'article L. 441-1 doit être effectuée dans la journée où l'accident s'est produit ou au plus tard dans les vingt-quatre heures.

Elle doit être envoyée, par lettre recommandée, si elle n'est pas faite à l'employeur ou à son préposé sur le lieu de l'accident.

###### **Article R441-3**



La déclaration de l'employeur ou l'un de ses préposés prévue à l'article L. 441-2 doit être faite par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, dans les quarante-huit heures non compris les dimanches et jours fériés.

Pour la déclaration des accidents dont sont victimes hors des locaux de l'établissement les personnes mentionnées aux 1°, 2°, 4°, 6°, 7°, 8° et 13° de l'article L. 311-3 auquel renvoie l'article L. 412-2, le délai imparti à l'employeur ne commence à courir que du jour où il a été informé de l'accident.

#### **Article R441-4**

L'employeur est tenu d'adresser à la caisse primaire d'assurance maladie, en même temps que la déclaration d'accident ou au moment de l'arrêt du travail, si celui-ci est postérieur, une attestation indiquant la période du travail, le nombre de journées et d'heures auxquelles s'appliquent la ou les payes mentionnées à l'article R. 433-4, le montant et la date de ces payes.

La caisse primaire peut demander à l'employeur et à la victime ou à ses ayants droit tous renseignements complémentaires qu'elle juge utiles.

#### **Article R441-5**

L'autorité de l'Etat prévue au troisième alinéa de l'article L. 441-4 est l'inspection du travail.

La déclaration de l'employeur doit être faite dans les quarante-huit heures qui suivent la survenance de la circonstance nouvelle mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 441-4.

#### **Article R441-6**

Pour chaque accident du travail, la caisse primaire donne avis immédiatement à la caisse régionale de la déclaration d'accident. Elle lui communique le montant total des dépenses engagées pendant la période d'incapacité temporaire, à l'exception des frais de rééducation professionnelle.

Toute modification apportée au montant desdites dépenses en application des articles R. 441-10 et R. 443-3 est immédiatement portée à la connaissance de la caisse régionale.

#### **Article R441-7**

Les certificats médicaux adressés à la caisse primaire d'assurance maladie par le praticien, conformément aux dispositions de l'article L. 441-6 devront mentionner, indépendamment des renseignements prévus audit article, toutes les constatations qui pourraient présenter une importance pour la détermination de l'origine traumatique ou morbide des lésions.

La formule arrêtée pour ces certificats peut être utilisée par le praticien pour établir le certificat médical attestant, au cours du traitement, la nécessité, selon le cas, d'interrompre le travail ou de prolonger le repos. Ce certificat justifie du droit de la victime au bénéfice des indemnités journalières, sous réserve des dispositions de l'article R. 433-17.

En application de l'article L. 441-6, dans les vingt-quatre heures, l'un des exemplaires du certificat de consolidation ou de guérison 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.

## **Article R441-8**

La feuille d'accident prévue à l'article L. 441-5, remise par la victime au praticien, n'entraîne pas de plein droit la prise en charge de l'indemnisation au titre du présent livre.

Elle porte désignation de la caisse primaire d'assurance maladie chargée du service des prestations.

Il est interdit d'y mentionner le nom et l'adresse d'un praticien, d'un pharmacien, d'une clinique ou d'un dispensaire quelconque.

La caisse elle-même peut délivrer la feuille d'accident.

La feuille d'accident est valable pour la durée du traitement consécutif à l'accident ou à la maladie professionnelle.

A la fin du traitement ou dès que la feuille d'accident est entièrement utilisée, la victime adresse celle-ci à la caisse. Celle-ci délivre à la victime, s'il y a lieu, une nouvelle feuille d'accident.

## **Article R441-9**

Tout praticien, tout auxiliaire médical appelé à donner des soins mentionne sur la feuille d'accident en possession de la victime les actes accomplis et appose sa signature. Il en est de même pour le pharmacien ou le fournisseur lors de toute fourniture aussi bien que pour l'établissement hospitalier dans le cas d'hospitalisation.

Le praticien, auxiliaire médical, pharmacien, fournisseur ou établissement hospitalier utilise la partie de la feuille d'accident qui lui est destinée pour établir sa note d'honoraires ou sa facture, ou bien il reproduit sur cette note les mentions figurant sur ladite feuille, en ce qui concerne, notamment, les nom et prénoms et adresse, numéro d'immatriculation de la victime, désignation de l'employeur, date de l'accident, ainsi que toutes circonstances particulières qu'il lui paraîtrait utile de signaler.

La note d'honoraires ou la facture est adressée, selon le cas, soit à la caisse primaire d'assurance

maladie, soit à l'établissement, service ou entreprise autorisé à gérer le risque d'accident du travail conformément aux dispositions de l'article L. 413-13, tels qu'ils sont désignés sur la feuille d'accident présentée par la victime.

## **Section 2 : Dispositions relatives à la procédure de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie par les caisses.**

### **Article R441-10**

La caisse dispose d'un délai de trente jours à compter de la date à laquelle elle a reçu la déclaration d'accident et le certificat médical initial ou de trois mois à compter de la date à laquelle elle a reçu la déclaration de la maladie professionnelle et le certificat médical initial pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie.

Il en est de même lorsque, sans préjudice de l'application des dispositions du chapitre Ier du titre IV du livre Ier et de l'article L. 432-6, il est fait état pour la première fois d'une lésion ou maladie présentée comme se rattachant à un accident du travail ou maladie professionnelle.

Sous réserve des dispositions de l'article R. 441-14, en l'absence de décision de la caisse dans le délai prévu au premier alinéa, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu.

### **Article R441-11**

I.-La déclaration d'accident du travail peut être assortie de réserves motivées de la part de l'employeur.

Lorsque la déclaration de l'accident en application du deuxième alinéa de l'article L. 441-2 n'émane pas de l'employeur, la victime adresse à la caisse la déclaration de l'accident. Un double est envoyé par la caisse à l'employeur à qui la décision est susceptible de faire grief par tout moyen permettant de déterminer sa date de réception. L'employeur peut émettre des réserves motivées. La caisse adresse également un double de cette déclaration au médecin du travail.

En cas de rechute d'un accident du travail, le double de la demande de reconnaissance de la rechute de l'accident du travail déposé par la victime est envoyé par la caisse primaire à l'employeur qui a déclaré l'accident dont la rechute est la conséquence par tout moyen permettant de déterminer sa date de réception. L'employeur peut alors émettre des réserves motivées.

II.-La victime adresse à la caisse la déclaration de maladie professionnelle. Un double est envoyé par la caisse à l'employeur à qui la décision est susceptible de faire grief par tout moyen permettant de déterminer sa date de réception. L'employeur peut émettre des réserves motivées. La caisse adresse également un double de cette déclaration au médecin du travail.

III.-En cas de réserves motivées de la part de l'employeur ou si elle l'estime nécessaire, la caisse envoie avant décision à l'employeur et à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle un questionnaire portant sur les circonstances ou la cause de l'accident ou de la maladie ou procède à une enquête auprès des intéressés. Une enquête est obligatoire en cas de décès.

## **Article R441-12**

Après la déclaration de l'accident ou de la maladie, la victime ou ses ayants droit et l'employeur peuvent faire connaître leurs observations et toutes informations complémentaires ou en faire part directement à l'enquêteur de la caisse primaire.

En cas d'enquête effectuée par la caisse primaire sur l'agent causal d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, l'employeur doit, sur demande, lui communiquer les renseignements nécessaires permettant d'identifier le ou les risques ainsi que les produits auxquels le salarié a pu être exposé à l'exclusion de toute formule, dosage, ou processus de fabrication d'un produit.

Pour les besoins de l'enquête, la caisse régionale communique à la caisse primaire, sur la demande de celle-ci, les éléments dont elle dispose sur les produits utilisés ou sur les risques afférents au poste de travail ou à l'atelier considéré à l'exclusion de toute formule, dosage ou processus de fabrication d'un produit.

## **Article R441-13**

Le dossier constitué par la caisse primaire doit comprendre ;

- 1°) la déclaration d'accident et l'attestation de salaire ;
- 2°) les divers certificats médicaux ;
- 3°) les constats faits par la caisse primaire ;
- 4°) les informations parvenues à la caisse de chacune des parties ;
- 5°) les éléments communiqués par la caisse régionale ;
- 6°) éventuellement, le rapport de l'expert technique.

Il peut, à leur demande, être communiqué à l'assuré, ses ayants droit et à l'employeur, ou à leurs mandataires.

Ce dossier ne peut être communiqué à un tiers que sur demande de l'autorité judiciaire.

## **Article R441-14**

Lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, la caisse doit en informer la victime ou ses ayants droit et l'employeur avant l'expiration du délai prévu au premier alinéa de l'article R. 441-10 par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. A l'expiration d'un nouveau délai qui ne peut excéder deux mois en matière d'accidents du travail ou trois mois en matière de maladies professionnelles à compter de la date de cette notification et en l'absence de décision de la caisse, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu.

En cas de saisine du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, mentionné au cinquième alinéa de l'article L. 461-1, le délai imparti à ce comité pour donner son avis s'impute sur les délais prévus à l'alinéa qui précède.

Dans les cas prévus au dernier alinéa de l'article R. 441-11, la caisse communique à la victime ou à ses ayants droit et à l'employeur au moins dix jours francs avant de prendre sa décision, par tout moyen permettant d'en déterminer la date de réception, l'information sur les éléments recueillis et susceptibles de leur faire grief, ainsi que sur la possibilité de consulter le dossier mentionné à l'article R. 441-13.

La décision motivée de la caisse est notifiée, avec mention des voies et délais de recours par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, à la victime ou ses ayants droit, si le caractère professionnel de l'accident, de la maladie professionnelle ou de la rechute n'est pas reconnu, ou à l'employeur dans le cas contraire. Cette décision est également notifiée à la personne à laquelle la décision ne fait pas grief.

Le médecin traitant est informé de cette décision.

## **Article R441-15**

Les prestations des assurances sociales sont servies à titre provisionnel conformément aux dispositions de l'article L. 371-5 tant que la caisse n'a pas notifié la décision à la victime ou à l'employeur et, le cas échéant, tant qu'il n'a pas été statué par la juridiction compétente.

Dans le cas où le caractère professionnel de l'accident, de la lésion ou de la maladie est admis par la caisse, celle-ci met immédiatement en paiement les sommes dues. Eventuellement, dans ce cas ou si le caractère professionnel est reconnu par la juridiction compétente, le montant des prestations provisionnelles reçues par la victime entre en compte dans le montant de celles qui sont dues en application des dispositions du présent livre.

A compter de la réception de la notification prévue au quatrième alinéa de l'article R. 441-14, la victime ne peut plus faire usage de la feuille d'accident. Si cette feuille lui a été délivrée, elle doit la remettre à la caisse en échange d'une feuille de maladie.

## **Article R441-16**

Les dispositions de la présente section sont applicables en ce qui concerne la contestation du caractère professionnel des rechutes.

## **Article R441-17**

Les dispositions du présent chapitre sont applicables aux accidents survenus et aux maladies contractées dans le cadre des périodes accomplies dans la réserve sanitaire conformément à l'article L. 3133-1 du code de la santé publique. Dans ce cas, les références à "l'employeur" sont remplacées par celles de "l'établissement mentionné à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique".

## **Chapitre 2 : Expertises - Contrôles - Dispositions diverses**

### **Section 1 : Expertises.**

#### **Article R442-1**

La caisse peut, dès qu'elle a connaissance de l'accident par la déclaration prévue à l'article L. 441-2 ou par quelque moyen que ce soit, faire procéder à un examen de la victime par un médecin conseil.

S'il y a désaccord entre le médecin conseil et le médecin traitant sur l'état de la victime et notamment sur une question d'ordre médical touchant au caractère professionnel de la lésion ou de la maladie ou si la victime en fait la demande expresse, il est procédé à une expertise dans les conditions fixées par le chapitre Ier du titre IV du livre Ier.

### **Section 2 : Contrôle médical et contrôle administratif.**

#### **Article R442-2**

Indépendamment de l'examen médical prévu à l'article R. 442-1, le contrôle médical de la victime est exercé soit sur la demande de la caisse, soit sur l'initiative du médecin-conseil, dans les mêmes conditions et sous les mêmes sanctions qu'en matière d'assurance maladie, sous réserve des dispositions ci-après.

La victime est tenue de présenter à toute réquisition du service de contrôle médical tous certificats médicaux, radiographies, examens de laboratoires et ordonnances en sa possession, ainsi que la feuille d'accident mentionnée à l'article L. 441-5. La victime doit également faire connaître, le cas échéant, les accidents du travail et les maladies professionnelles antérieurs et, au cas où il s'agit d'une rechute, fournir tous renseignements qui lui sont demandés sur son état de santé antérieur.

Les décisions prises par la caisse primaire à la suite du contrôle médical doivent être immédiatement notifiées par elle à la victime.

### **Article R442-3**

La caisse primaire d'assurance maladie fait procéder au contrôle administratif des victimes d'accidents du travail dans les conditions prévues en application de l'article L. 216-6.

## **Section 3 : Dispositions diverses**

### **Article R442-4**

La décision de la caisse primaire fixant la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure est notifiée à la victime.

### **Article R442-5**

Lorsque les soins sont donnés à la victime hors de la circonscription de la caisse dont elle relève, le service des prestations et le contrôle peuvent être effectués pour le compte de ladite caisse par la caisse dans la circonscription de laquelle sont donnés les soins.

### **Article R442-6**

Le tarif mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 442-8 est celui qui est prévu au deuxième alinéa de l'article R. 141-7.

## **Chapitre 3 : Révision - Rechute.**

### **Article R443-1**

Les délais mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 443-1 sont respectivement de deux ans et un an.

### **Article R443-2**

La caisse primaire qui prend en charge la rechute paie les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques et les frais d'hospitalisation, ainsi que, s'il y a lieu, la fraction d'indemnité journalière qui excède le montant correspondant de la rente maintenue pendant cette période.

### **Article R443-3**

Les dispositions de l'article R. 441-10 sont applicables en ce qui concerne la contestation du caractère professionnel de la rechute alléguée.

Les dispositions de l'article R. 433-17 sont applicables à la fixation de la date de guérison ou de consolidation.

### **Article R443-4**

La demande tendant à une nouvelle fixation des réparations, motivée par une aggravation de l'infirmité de la victime ou son décès par suite des conséquences de l'accident, est présentée soit au moyen d'une déclaration faite à la caisse primaire d'assurance maladie, soit au moyen d'une lettre recommandée adressée à ladite caisse.

Les justifications nécessaires sont fournies à l'appui de la demande.

L'ayant droit, qui entend bénéficier de la rente prévue à l'article L. 443-1 et se prévaloir à cette fin de la présomption d'imputabilité du décès de la victime à l'accident, doit en faire la demande à la caisse. Cette demande est assortie des justifications établissant qu'il a effectivement apporté à la victime l'assistance qualifiée assistance à tierce personne pendant la durée mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 443-1.

La caisse peut contester cette imputabilité. Dans ce cas, elle doit en informer l'ayant droit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dans le délai de vingt jours suivant la date à laquelle lui sont parvenues les justifications utiles. La caisse peut faire procéder aux enquêtes et vérifications qu'elle estime nécessaires.

Si la caisse n'a pas usé de cette faculté, ou si elle n'a pu apporter la preuve contraire, l'imputabilité du décès à l'accident est réputée établie tant à son égard qu'à celui de l'ensemble des ayants droit.

Chaque nouvelle fixation des réparations, motivée par une aggravation ou une atténuation de l'infirmité ou par le décès de la victime, fait l'objet d'une décision de la caisse primaire, après avis de son médecin-conseil dans les conditions fixées à l'article suivant.

Dans tous les cas, les décisions sont prises dans les mêmes conditions que pour la fixation de la rente initiale. Toutefois, lorsqu'il y a réduction du montant de la rente ou suppression de celle-ci, le nouveau montant ou la cessation de paiement ont pour point de départ la première échéance suivant



la date de la décision.

### **Article R443-5**

Postérieurement à la date de guérison apparente ou de la consolidation de la blessure, la caisse primaire peut faire procéder par un de ses médecins-conseils à des examens de contrôle de l'état de la victime. Ces examens ont lieu à intervalles de trois mois au cours des deux premières années et d'un an après l'expiration de ce délai.

La victime est informée au moins six jours à l'avance, par lettre recommandée, du jour, de l'heure et du lieu de l'examen de contrôle. Dans le cas où la victime ne peut, en raison de son état, se rendre au lieu indiqué pour cet examen, elle doit en avertir immédiatement la caisse primaire.

### **Article R443-6**

Dans le cas où la victime refuse de se prêter à l'examen de contrôle prévu à l'article R. 443-5, la caisse primaire peut décider la suspension du service de la rente.

### **Article R443-7**

En cas de modification de l'état du bénéficiaire de plusieurs rentes, attribuées en application du deuxième ou du quatrième alinéa de l'article L. 434-2, la caisse procède au nouveau calcul de la seule rente affectée par l'aggravation ou l'amélioration en retenant toutefois, pour l'application de l'article R. 434-2-1, la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus lors du calcul initial de cette rente.

En cas de modification de l'état du bénéficiaire de plusieurs indemnités en capital, attribuées en application de l'article L. 434-1 ou du quatrième alinéa de l'article L. 434-2, les dispositions du b de l'article R. 434-1-1 trouvent application lorsque le taux d'incapacité permanente afférent à l'accident ayant entraîné une aggravation de la victime atteint 10 %.

Lorsque la modification de l'état du bénéficiaire de plusieurs indemnités en capital, attribuées en application de l'article L. 434-1 ou du quatrième alinéa de l'article L. 434-2, porte la somme des taux d'incapacité permanente au taux minimum mentionné à l'article R. 434-4, les dispositions de cet article trouvent application.

Lorsque, en cas de modification de l'état du bénéficiaire d'une rente attribuée en application de l'article R. 434-4, la somme des taux d'incapacité permanente visée au premier alinéa de cet article devient inférieure à 10 %, cette rente est remplacée par l'indemnité en capital prévue à l'article R. 434-1-3.

## **Chapitre 4 : Accidents survenus hors du territoire métropolitain et des départements mentionnés à l'article L. 751-1.**

### **Article R444-1**

Dans tous les cas où les accidents du travail auxquels s'applique le présent livre sont survenus hors du territoire métropolitain et des départements mentionnés à l'article L. 751-1, le délai imparti à l'employeur pour faire la déclaration prévue au premier alinéa de l'article L. 441-2 ne commence à courir que du jour où il a été informé de l'accident par lettre recommandée de la victime ou de son représentant. Si l'employeur n'est pas en mesure d'indiquer la nature des blessures, les noms et adresses des témoins de l'accident, il complète sa déclaration dans le plus bref délai possible par une déclaration complémentaire.

### **Article R444-2**

La caisse primaire d'assurance maladie à laquelle l'employeur doit envoyer la ou les déclarations mentionnées à l'article R. 444-1 ainsi que les certificats médicaux, est dans tous les cas, celle dont relève la victime.

### **Article R444-3**

Dans les cas mentionnés à l'article R. 444-1, la caisse primaire, dès réception de la déclaration principale ou complémentaire, peut, si elle l'estime utile, demander au ministre intéressé que les autorités locales, s'il s'agit d'un territoire français, ou les autorités consulaires françaises, s'il s'agit d'un pays étranger, soient invitées à faire procéder à une enquête sur les circonstances de l'accident et, le cas échéant, à lui transmettre copie des procès-verbaux des enquêtes qui auraient pu être effectuées par les autorités administratives ou judiciaires locales.

La caisse primaire peut, toutes les fois que cela sera nécessaire à l'exercice de son droit de contrôle, inviter la victime, directement ou par l'intermédiaire de l'employeur, à faire viser, selon le cas, soit par les autorités locales, soit par les autorités consulaires françaises, les certificats médicaux relatifs à l'accident.

### **Article R444-4**

La caisse primaire d'assurance maladie peut, en raison de l'éloignement, autoriser l'employeur à faire l'avance pour son compte, par l'entremise d'un service comptable situé au lieu de travail, de l'indemnité journalière due à la victime, et ce, pour une période de quinze jours au plus.

L'employeur qui a fait l'avance est subrogé de plein droit dans les droits de la victime vis-à-vis de la caisse primaire d'assurance maladie.

## **Article R444-5**

Les avances faites pour le paiement des frais afférents aux soins de toute nature tels que fournitures de médicaments, fournitures autres que les médicaments ainsi que les frais d'hospitalisation, sont remboursées par la caisse, sur production des pièces justificatives, éventuellement visées comme il est dit au deuxième alinéa de l'article R. 444-3, dans la limite du tarif qui aurait été appliqué si la victime avait été soignée sur le territoire métropolitain ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, sans que le remboursement puisse excéder les dépenses réellement engagées.

Toutefois, la limite du tarif applicable sur le territoire métropolitain ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 peut être dépassée lorsque les conditions suivantes se trouvent réunies :

1°) les soins présentent un caractère d'urgence ne permettant pas de les différer jusqu'au retour de l'intéressé sur le territoire métropolitain ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 ;

2°) les soins sont donnés dans des conditions comparables tant à celles qui seraient appliquées sur le territoire métropolitain ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 en matière d'assurance maladie, conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale, qu'à celles qui s'appliquent dans le pays considéré, aux victimes d'accidents du travail.

Pour l'appréciation de ces deux conditions et la détermination du tarif applicable, la caisse peut demander leur concours :

1°) s'il s'agit d'un territoire français, aux autorités locales ;

2°) s'il s'agit d'un pays étranger, soit aux organismes centraux de sécurité sociale du pays dans les conditions prévues par la convention intervenue entre ce pays et la France en matière de sécurité sociale, soit, à défaut d'une telle convention, aux autorités consulaires françaises. Lorsqu'il existe, dans le pays considéré, une législation de réparation des accidents du travail, les frais ne peuvent excéder le tarif applicable aux victimes d'accidents du travail dans ce pays.

## **Article R444-6**

En cas de contestation portant sur le règlement d'un accident du travail survenu hors du territoire métropolitain et des départements mentionnés à l'article L. 751-1, le tribunal des affaires de sécurité sociale [\*juridiction\*] compétent est celui dans le ressort duquel se trouve le lieu de domicile de la victime.

## **Article R444-7**

Sont pris en charge dans les conditions prévues par le présent chapitre les accidents du travail survenus aux personnes mentionnées aux a, b, c et f du 2° de l'article L. 412-8 pendant un délai de douze mois à compter du début du stage.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 2 : Faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur.**

##### **Article R452-1**

La cotisation supplémentaire prévue au sixième alinéa de l'article L. 452-2 ne peut être perçue pendant plus de vingt ans [\*durée maximum\*] et son taux excéder ni 50 % de la cotisation de l'employeur ni 3 % des salaires servant de base à cette cotisation.

##### **Article R452-2**

Lorsqu'une indemnité en capital attribuée en application de l'article L. 434-1 a été remplacée par une rente, dans les conditions de l'article R. 434-4, le montant de la majoration due en cas de faute inexcusable de l'employeur est calculé conformément au deuxième alinéa de l'article L. 452-2.

#### **Chapitre 4 : Faute d'un tiers.**

##### **Article R454-1**

Les dépenses à rembourser aux caisses d'assurance maladie en application de l'article L. 454-1 peuvent faire l'objet d'une évaluation forfaitaire dans les conditions prévues par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

La caisse qui a engagé l'action en remboursement par application de l'article L. 454-1 poursuit jusqu'à son terme l'action engagée.

## **Article R454-2**

L'assignation délivrée par la victime ou ses ayants droit à sa caisse primaire d'assurance maladie aux fins de déclaration de jugement commun, en application de l'article L. 455-2, mentionne, outre la dénomination et l'adresse de cette caisse primaire d'assurance maladie, le numéro de sécurité sociale de la victime.

## **Article R454-3**

Devant les juridictions civiles, le greffe du tribunal informe la caisse primaire d'assurance maladie de la victime de la date de l'audience, dès que celle-ci est fixée.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 R461-1**

Les dispositions du présent livre sont applicables aux maladies d'origine professionnelle sous réserve des dispositions du présent titre.

##### **Article R461-2**

Les ministres intéressés mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 461-2 sont le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé du travail et le ministre chargé de la santé.

##### **Article R461-3**

Dans le cas prévu aux troisième et quatrième phrases du quatrième alinéa de l'article L. 461-2, il est fait application des dispositions de l'article R. 413-1.

Les tableaux prévus au même article sont annexés au présent livre (annexe II).

##### **Article R461-4**

La déclaration imposée par application de l'article L. 461-4 à tout employeur qui utilise des procédés de travail susceptibles de provoquer les maladies professionnelles mentionnées à l'article L. 461-2 est faite avant le commencement des travaux par lettre recommandée adressée d'une part en double exemplaire à la caisse primaire d'assurance maladie, d'autre part à l'inspecteur du travail ou au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.

La caisse primaire transmet à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail l'un des deux exemplaires qu'elle reçoit.

## **Article R461-5**

Le délai prévu au premier alinéa de l'article L. 461-5 est de quinze jours à compter de la cessation du travail.

Celui mentionné au deuxième alinéa du même article est fixé à trois mois.

## **Article R461-6**

L'attestation mentionnée à l'article R. 441-4 est remise par l'employeur à la victime, qui l'annexe à sa déclaration.

La feuille d'accident est remise à la victime ou à ses représentants par la caisse primaire d'assurance maladie.

Le certificat médical constatant la guérison ou la consolidation de l'état du malade ou indiquant les conséquences définitives est, comme le certificat initial, établi en trois exemplaires, qui reçoivent les mêmes destinations.

## **Article R461-7**

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 434-29, dans le cas où, au moment de l'arrêt de travail, la victime occupait un nouvel emploi ne l'exposant pas au risque de la maladie constatée et dans lequel elle percevait un salaire inférieur à celui qu'elle aurait perçu si elle n'avait pas quitté l'emploi qui l'exposait au risque, ce dernier salaire est substitué au salaire réellement touché.

Ce même salaire fictif est pris en considération dans le cas où, à la date de la première constatation médicale de la maladie, dans le délai de prise en charge mentionné au cinquième alinéa de l'article L. 461-2, la victime n'exerçait plus aucune activité salariée ou assimilée.

## **Article R461-8**

Le taux d'incapacité mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 461-1 est fixé à 25 %.



## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)**

#### **Titre 7 : Sanctions**

##### **Article R471-1**

Toute infraction aux dispositions générales de prévention étendues à l'ensemble du territoire en application du premier alinéa de l'article L. 422-1 est punie d'une amende prévue pour les contraventions de 5e classe.

L'amende est appliquée autant de fois qu'il y a de salariés de l'entreprise concernés par la ou les infractions relevées dans le procès-verbal.

En cas de récidive, il pourra être prononcé l'amende prévue pour les contraventions de la 5e classe.

##### **Article R471-2**

L'article R. 471-1 n'est applicable qu'aux infractions aux dispositions générales et aux mesures particulières de prévention étendues ou rendues obligatoires postérieurement au 31 décembre 1978.

##### **Article R471-3**

Sont punis d'une amende prévue pour les contraventions de 4e classe, les employeurs ou leurs préposés qui ont contrevenu aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 441-2 et du premier alinéa de l'article L. 441-5.

En cas de récidive dans l'année, l'amende peut être portée au montant de celle prévue pour les contraventions de 5e classe.

Encourent les mêmes sanctions, les employeurs ou leurs préposés qui n'ont pas inscrit sur le registre ouvert à cet effet les accidents mentionnés au premier alinéa de l'article L. 441-4 ou ont contrevenu aux dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas du même article.

## **Article R471-4**

Toute infraction aux dispositions de l'article R. 412-2 constitue une contravention de 4e classe. En cas de récidive, toute infraction à ces dispositions constitue une contravention de 5e classe.

## **Article R471-5**

Sont punis d'une amende prévue pour les contraventions de la 3e classe, les employeurs qui ont contrevenu aux dispositions de l'article L. 461-4.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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'accidents du travail**

###### **Article R481-1**

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 162-22, l'agrément donné, conformément à l'article R. 323-41-1 du code du travail, à un centre de préorientation, d'éducation ou de rééducation professionnelle vaut, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, par application de l'article L. 162-21.

###### **Article R481-2**

Les frais pris en charge par les organismes d'assurance maladie à l'occasion du séjour d'un travailleur handicapé dans un centre mentionné à l'article R. 481-1 et agréé conformément à l'article R. 323-41-1 du code du travail comprennent les frais de toute nature entraînés par le stage de préorientation, d'éducation ou de rééducation professionnelle, y compris, le cas échéant, les frais d'entretien et d'hébergement ainsi que les frais de transport dans les conditions fixées à l'article R. 481-3 sous réserve des participations prévues aux articles R. 481-5 et R. 481-6.

###### **Article R481-3**

Lorsqu'un stagiaire ne peut prétendre au bénéfice des articles R. 963-1 et R. 963-2 du code du travail, ses frais de transport sont à la charge des organismes d'assurance maladie dans les limites et selon les modalités fixées par ces articles.

En outre, lorsque le stagiaire est interne et que la distance à parcourir est inférieure à 25 kilomètres, les frais de transport sont remboursés par les organismes d'assurance maladie, sur la base du mode de transport le plus économique compte tenu de l'état de l'intéressé, dans les limites et selon les modalités fixées par les articles R. 963-1 et R. 963-2 pour les trajets de plus de 25 kilomètres.

#### **Article R481-4**

La tarification des prestations supportées par les organismes d'assurance maladie et délivrées par les centres de préorientation définis à l'article R. 5213-2 du code du travail et par les centres d'éducation ou de rééducation professionnelle définis aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 5213-9 du même code est fixée par le préfet de département après avis de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail selon les modalités fixées par l'article R. 314-105 du code de l'action sociale et des familles.

#### **Article R481-5**

1° Les personnes admises dans les établissements visés aux articles R. 323-33-1 et R. 323-34 (1°, 2° et 3°) du code du travail, à l'exclusion de celles visées à l'article L. 432-9, doivent acquitter une participation aux prix des repas qu'elles prennent dans l'établissement.

Cette participation est fixée par arrêté du ministre chargé de l'action sociale et de la sécurité sociale.

Son produit est à considérer comme une recette venant en atténuation des charges brutes du budget de l'établissement.

2° La participation aux frais de repas peut être prise en charge au titre de l'aide sociale.

#### **Article R481-6**

Par application du 1° de l'article L. 322-3, la participation prévue à l'article L. 322-2 est limitée à la somme de 91,47 euros par stage. Cette somme est calculée en tenant compte de la participation prévue à l'article R. 481-5.

Les bénéficiaires de l'article L. 432-9 sont dispensés de toute participation.

## **Article R481-7**

Le supplément d'indemnité prévu au deuxième alinéa de l'article L. 432-9 est pris en charge au titre de la législation sur les accidents du travail du régime général.

Ce supplément est maintenu dans les conditions ci-après, sous réserve des dispositions des quatrième et cinquième alinéas de l'article R. 412-7, en cas d'interruption involontaire de la rééducation par suite de congés réguliers prévus par le règlement de l'établissement et comportant ou non fermeture de celui-ci ou en conséquence de la maladie ou de l'accident du stagiaire. Les indemnités journalières allouées à ce dernier, au titre de l'assurance maladie, s'imputent sur le montant du supplément d'indemnité.

En cas d'interruption par suite d'accident ou de maladie, le maintien du supplément d'indemnité est accordé pour une durée maximale d'un mois, par décision expresse de l'organisme d'assurance maladie qui supporte les frais de rééducation.

Toute interruption de la rééducation professionnelle doit être signalée dans les vingt-quatre heures par le chef d'établissement à l'organisme d'assurance maladie.

Le supplément d'indemnité est payé au vu de la déclaration établie par le stagiaire qu'il n'a pas exercé, durant la période d'interruption du stage, d'activité rémunérée.

Sans préjudice des pénalités prévues à l'article L. 471-3 et des peines plus élevées résultant d'autres lois s'il y échet, l'intéressé 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 R482-1**

L'âge limite jusqu'auquel l'enfant placé en apprentissage peut bénéficier de la rente d'orphelin mentionnée à l'article L. 482-1 est fixé à dix-huit ans.

L'âge limite jusqu'auquel l'enfant qui poursuit ses études ou qui est, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié, est fixé à vingt ans.

### **Article R482-2**

L'arrêté mentionné à l'article L. 482-3 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le

ministre chargé de l'agriculture et le ministre chargé du budget.

### **Article R482-3**

Le décret prévu à l'article L. 482-5 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et des ministres intéressés.

# **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

## **Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées**

### **Titre 1 : Champ d'application - Généralités**

#### **Chapitre 2 : Champ d'application.**

##### **Article R512-1**

Pour l'application de l'article L. 512-1, la résidence en France d'une personne assumant la charge d'un ou plusieurs enfants est appréciée dans les conditions fixées à l'article R. 115-6.

Pour l'application de l'article L. 512-1, est considéré comme résidant en France tout enfant qui vit de façon permanente en France métropolitaine.

Est également réputé résider en France l'enfant qui, tout en conservant ses attaches familiales sur le territoire métropolitain où il vivait jusque-là de façon permanente, accomplit, hors de ce territoire :

1°) soit un ou plusieurs séjours provisoires dont la durée n'excède pas trois mois au cours de l'année civile ;

2°) soit un séjour de plus longue durée lorsqu'il est justifié, dans les conditions prévues par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture, du ministre chargé du budget, du ministre chargé de l'éducation nationale et du ministre chargé des universités, que le séjour est nécessaire pour lui permettre soit de poursuivre ses études, soit d'apprendre une langue étrangère, soit de parfaire sa formation professionnelle ;

3°) soit un ou plusieurs séjours de durée au plus égale à celle de l'année scolaire lorsqu'il est établi, dans les conditions prévues à l'arrêté mentionné au 2° ci-dessus, que la famille a sa résidence principale en France dans une zone frontalière, que l'enfant fréquente dans le pays voisin à proximité de la frontière un établissement de soins ou un établissement d'enseignement et qu'il rejoint sa famille à intervalles rapprochés.

Les organismes débiteurs de prestations familiales organisent périodiquement le contrôle de l'effectivité de la résidence en France. Ce contrôle est, chaque fois que possible, opéré par rapprochement avec les vérifications opérées par un autre organisme de sécurité sociale.

## **Article R512-2**

Les enfants ouvrent droit aux prestations familiales jusqu'à l'âge de vingt ans sous réserve que leur rémunération n'excède pas le plafond fixé au deuxième alinéa du présent article.

Le plafond de rémunération mentionné au 2° de l'article L. 512-3 est égal, pour un mois, à 55 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance défini aux articles L. 141-1 à L. 141-9 du code du travail, multiplié par 169.

Pour ceux des enfants qui bénéficient d'avantages en nature, l'évaluation de ces avantages devra être faite suivant les barèmes fixés pour l'application de la législation sur les assurances sociales.

## **Chapitre 3 : Règles d'allocation et d'attribution des prestations.**

### **Article R513-1**

La personne physique à qui est reconnu le droit aux prestations familiales a la qualité d'allocataire. Sous réserve des dispositions de l'article R. 521-2, ce droit n'est reconnu qu'à une personne au titre d'un même enfant.

Lorsque les deux membres d'un couple assument à leur foyer la charge effective et permanente de l'enfant, l'allocataire est celui d'entre eux qu'ils désignent d'un commun accord. Ce droit d'option peut être exercé à tout moment. L'option ne peut être remise en cause qu'au bout d'un an, sauf changement de situation. Si ce droit d'option n'est pas exercé, l'allocataire est l'épouse ou la concubine.

En cas de divorce, de séparation de droit ou de fait des époux ou de cessation de la vie commune des concubins, et si l'un et l'autre ont la charge effective et permanente de l'enfant, l'allocataire est celui des membres du couple au foyer duquel vit l'enfant.

### **Article R513-2**

L'attributaire des prestations familiales est la personne entre les mains de laquelle sont versées les prestations. L'attributaire est soit l'allocataire, soit son conjoint ou son concubin. Toutefois, les conseils d'administration des caisses d'allocations familiales et des autres organismes débiteurs peuvent décider dans certains cas et après enquête sociale de verser les prestations familiales à la personne qui assure l'entretien de l'enfant.

Sans préjudice de l'article L. 552-6, lorsqu'une personne est déchue totalement ou partiellement de l'autorité parentale ou qu'elle a encouru soit une condamnation pénale en application de la loi sur les enfants maltraités ou moralement abandonnés, soit une condamnation pour ivresse, ou lorsque le



versement des prestations familiales entre ses mains risque de priver l'enfant du bénéfice de ces prestations, celles-ci sont attribuées à l'autre conjoint ou concubin.

## **Chapitre 4 : Organisme débiteur et imputation comptable des prestations.**

### **Article R514-1**

Le service des prestations familiales incombe à la caisse d'allocations familiales du lieu de résidence habituel de la famille de l'allocataire, sous réserve des dérogations suivantes :

1°) en ce qui concerne les personnes soumises aux dispositions relatives aux professions agricoles, le service des prestations familiales incombe à la caisse de mutualité sociale agricole du lieu de résidence habituelle de la famille de l'allocataire. Il en va de même des conjoints ou concubins de ces personnes s'ils sont allocataires et n'exercent pas d'activité professionnelle ;

2°) lorsque les allocataires sont des victimes de guerre ou des ayants cause de victimes de guerre au sens du premier alinéa de l'article L. 20 et du premier alinéa de l'article L. 54 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, les prestations familiales leur sont servies par l'Etat ;

3°) lorsque les allocataires font partie des catégories de personnes en activité ou en retraite mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 212-1 les prestations familiales leur sont servies par les organismes déterminés par ces dispositions.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé de l'agriculture selon le cas peut apporter à la règle de rattachement de l'allocataire à l'organisme débiteur du lieu de résidence habituelle de sa famille des dérogations motivées soit par la nature de l'activité professionnelle de l'allocataire ou de son conjoint ou concubin, soit par les conditions d'exercice de cette activité, soit par la dispersion de la famille, soit par la fréquence de ses déplacements.

# **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

## **Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées**

### **Titre 2 : Prestations générales d'entretien**

#### **Chapitre 1er : Allocations familiales.**

##### **Article R521-1**

L'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 521-3 à partir duquel les enfants ouvrent droit à la majoration des allocations familiales est fixé à 14 ans.

Le nombre minimum d'enfants à charge, mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 521-3 ouvrant droit à ladite majoration pour chaque enfant est fixé à trois.

##### **Article R521-2**

Dans les situations visées au deuxième alinéa de l'article L. 521-2, l'allocataire est celui des deux parents qu'ils désignent d'un commun accord. A défaut d'accord sur la désignation d'un allocataire unique, chacun des deux parents peut se voir reconnaître la qualité d'allocataire :

1° Lorsque les deux parents en ont fait la demande conjointe ;

2° Lorsque les deux parents n'ont ni désigné un allocataire unique, ni fait une demande conjointe de partage.

Lorsque les parents ont désigné un allocataire unique ou fait une demande conjointe de partage, ils ne peuvent remettre en cause les modalités ainsi choisies qu'au bout d'un an, sauf modification des modalités de résidence du ou des enfants.

##### **Article R521-3**

Sous réserve de l'article R. 521-4, dans les situations visées aux 1° et 2° de l'article R. 521-2, la prestation due à chacun des parents est égale au montant des allocations familiales dues pour le total des enfants à charge, multiplié par un coefficient résultant du rapport entre le nombre moyen d'enfants et le nombre total d'enfants.

Le nombre moyen d'enfants, pour chaque foyer, est obtenu en faisant la somme du nombre d'enfants à charge dans les conditions suivantes :

1° Chaque enfant en résidence alternée compte pour 0,5 ;

2° Les autres enfants à charge comptent pour 1.

Le nombre total d'enfants, pour chaque foyer, est obtenu en faisant la somme du ou des enfants en résidence alternée et, le cas échéant, du ou des autres enfants à charge.

### **Article R521-4**

Pour l'ouverture du droit à la majoration prévue à l'article L. 521-3, le nombre d'enfants à charge est évalué dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article R. 521-3.

Lorsque le ou les enfants ouvrant droit à ladite majoration sont en résidence alternée, le montant servi au titre de cette majoration est réduit de moitié.

## **Chapitre 2 : Complément familial.**

### **Article R522-1**

Pour l'attribution du complément familial prévu à l'article L. 522-1 le ménage ou la personne doit assumer la charge d'au moins trois enfants, âgés de trois ans et plus.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article R. 512-2, les enfants ouvrent droit au complément familial jusqu'à l'âge de vingt et un ans sous réserve que leur rémunération n'excède pas le plafond fixé au deuxième alinéa de l'article R. 512-2.

### **Article R522-2**

Pour l'attribution du complément familial prévu à l'article L. 522-1, le montant des ressources du ménage ou de la personne assumant la charge des enfants, apprécié dans les conditions prévues à l'article R. 532-1, ne doit pas dépasser un plafond annuel.

Ce plafond est majoré de 25 % par enfant à charge à partir du premier et de 30 % par enfant à charge à partir du troisième.

Il est également majoré lorsque les deux membres du couple ont retiré chacun de leur activité professionnelle pendant l'année de référence un revenu au moins égal à 13,6 % du plafond annuel

de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de la même année. Sont pris en compte les revenus d'origine professionnelle compris dans les ressources définies à l'article R. 532-3. Le plafond de ressources de la personne assumant seule la charge des enfants est majoré d'un montant identique.

Le montant du plafond de ressources et celui de la majoration prévus aux premier et troisième alinéas sont fixés par décret et revalorisés au 1er janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année civile de référence, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R522-3**

Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 522-2, un complément différentiel est versé aux ménages ou personnes dont les ressources annuelles, calculées dans les conditions fixées à l'article R. 522-2, dépassent le plafond de ressources défini à l'article R. 522-2 d'une somme inférieure à douze fois le montant mensuel du complément familial en vigueur au 1er janvier de l'année civile de référence.

Ce complément différentiel est égal, pour chaque mois, au douzième de la différence entre, d'une part, le plafond de ressources défini à l'article R. 522-2 majoré de la somme définie au premier alinéa du présent article et, d'autre part, le montant des ressources.

## **Chapitre 3 : Allocation de soutien familial.**

### **Article R523-1**

Est regardé comme remplissant les conditions fixées au 3° de l'article L. 523-1 tout enfant dont, depuis au moins deux mois, l'un des parents se soustrait ou se trouve hors d'état de faire face à son obligation d'entretien ou au versement de la pension alimentaire mise à sa charge par décision de justice.

Toutefois, les conditions fixées au 3° de l'article L. 523-1 sont regardées comme remplies immédiatement lorsque, moins d'un an après qu'il a repris ses paiements entre les mains du créancier d'aliments ou de l'organisme débiteur de prestations familiales, l'un des parents se soustrait ou se trouve hors d'état de faire face à son obligation d'entretien ou au versement de la pension alimentaire mise à sa charge par décision de justice.

### **Article R523-2**

L'allocation de soutien familial fait l'objet d'une demande adressée à l'organisme ou service compétent pour le versement des prestations familiales au requérant. Cette demande, dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, doit être accompagnée des justifications nécessaires à l'établissement du droit à la prestation.

### **Article R523-3**

Lorsque l'un des parents manque à son obligation d'entretien, l'organisme débiteur des prestations familiales procède au contrôle de la situation du parent débiteur.

Le contrôle a pour objet de vérifier que le parent débiteur est solvable et a un domicile connu. Si l'une ou l'autre de ces conditions n'est pas remplie, il est alors regardé par l'organisme comme étant hors d'état de faire face à son obligation d'entretien. Le versement de l'allocation de soutien familial à l'autre parent se poursuit alors au-delà de la quatrième mensualité.

Si, en revanche, le parent débiteur remplit les conditions de solvabilité et de domicile mentionnées à l'alinéa précédent, les mensualités suivant celle du quatrième mois ne sont versées au parent qui pourvoit à l'entretien de l'enfant par l'organisme débiteur que si une décision de justice devenue exécutoire a fixé en faveur de ce parent le montant de l'obligation d'entretien, ou si ce dernier a engagé une action en justice à l'encontre du parent défaillant en vue de la fixation de cette obligation.

### **Article R523-3-1**

Si, à l'issue de ce contrôle, les informations sur le domicile du débiteur ne peuvent pas être obtenues, cette situation fait l'objet d'un signalement par l'organisme débiteur auprès des autres organismes de sécurité sociale dans le cadre de la communication des informations prévue par les dispositions de l'article L. 114-12.

### **Article R523-4**

En cas de décès du parent survivant, l'allocation reste due de son chef jusqu'au dernier jour du mois du décès.

### **Article R523-5**

Dans le cas prévu au deuxième alinéa de l'article L. 523-2, l'allocation cesse d'être due à compter du premier jour du mois au cours duquel le parent de l'enfant se marie ou vit maritalement. Le versement de l'allocation peut être repris si le parent justifie vivre seul à nouveau de façon permanente, à compter du premier jour du mois civil suivant cette justification.

### **Article R523-6**

L'allocation différentielle de soutien familial mentionnée à l'article L. 581-2 est due au titre de chaque mois. Elle est versée trimestriellement.

## **Article R523-7**

Les taux servant au calcul de l'allocation de soutien familial sont fixés, en pourcentage de la base mensuelle de calcul des allocations familiales déterminée en application de l'article L. 551-1 à :

1°) 30 % pour l'enfant mentionné au 1° de l'article L. 523-3 ;

2°) 22,5 % pour l'enfant mentionné au 2° de l'article L. 523-3.

## **Article R523-8**

Les sommes récupérées par l'organisme débiteur de prestations familiales, en vertu de la subrogation prévue à l'article L. 581-2, viennent en atténuation des dépenses constatées au titre des allocations de soutien familial.

# **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

## **Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées**

### **Titre 3 : Prestation d'accueil du jeune enfant**

#### **Chapitre 1 : Dispositions générales.**

##### **Article R531-1**

Pour l'attribution de la prime à la naissance ou à l'adoption prévue à l'article L. 531-2 et de l'allocation de base mentionnée à l'article L. 531-3, le montant des ressources du ménage ou de la personne, apprécié dans les conditions prévues à l'article R. 532-1, ne doit pas dépasser un plafond annuel.

Ce plafond est majoré de 25 % par enfant à charge à partir du premier et de 30 % par enfant à partir du troisième enfant à charge.

Il est également majoré lorsque les deux membres du couple ont retiré chacun de leur activité professionnelle pendant l'année de référence un revenu au moins égal à 13,6 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de la même année. Sont pris en compte les revenus d'origine professionnelle compris dans les ressources définies à l'article R. 532-3. Le plafond de ressources de la personne assumant seule la charge des enfants est majoré d'un montant identique.

Le plafond de ressources et la majoration prévus aux premier et troisième alinéas sont revalorisés au 1er janvier de chaque année conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année civile de référence, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Pour l'ouverture des droits à la prime à la naissance ou à l'adoption, la situation de la famille est appréciée le premier jour du mois civil suivant le cinquième mois de la grossesse. Pour les enfants adoptés ou confiés en vue d'adoption, cette condition est appréciée le premier jour du mois de l'arrivée de l'enfant au foyer des adoptants.

##### **Article R531-2**

L'activité professionnelle mentionnée au III de l'article L. 531-4 pouvant ouvrir droit au complément de libre choix d'activité doit avoir été exercée pendant une période de référence égale :

1° Aux deux ans qui précèdent la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant, lorsque est assumée la charge d'un seul enfant ;

2° Aux quatre ans qui précèdent soit la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant portant à deux le nombre d'enfants à charge, soit la demande de ce complément au titre du deuxième enfant à charge si elle est postérieure ;

3° Aux cinq ans qui précèdent soit la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant au titre duquel le complément est demandé, soit la demande de ce complément si elle est postérieure, lorsque est assumée la charge de trois enfants et plus.

Cette activité professionnelle doit être d'au moins huit trimestres, appréciés selon les modalités prévues au dernier alinéa de l'article R. 351-9 ou ayant donné lieu à affiliation au régime de l'assurance vieillesse des personnes non salariées.

Lorsqu'un décès a pour effet de réduire le nombre d'enfants à charge, le droit au complément est maintenu jusqu'à son terme, sans que la condition relative à l'activité professionnelle soit à réexaminer, sous réserve que les autres conditions d'ouverture du droit soient remplies.

### **Article R531-3**

La condition relative à la quotité de travail à temps partiel est appréciée le premier mois de la période de l'ouverture du droit ou du renouvellement du droit.

### **Article R531-4**

Lorsque le bénéficiaire d'un complément de libre choix d'activité à taux plein reprend une activité ou une formation rémunérée à temps partiel, le complément de libre choix d'activité à taux partiel est dû à compter du premier jour du mois civil au cours duquel l'activité à temps partiel a été reprise ou la formation professionnelle commencée.

La durée minimale d'attribution d'un complément de libre choix d'activité à taux partiel à un même taux est fixée à six mensualités. Toutefois, en cas de cessation de l'activité professionnelle ou de la formation rémunérée à temps partiel, le complément de libre choix d'activité à taux plein est attribué à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel est intervenue la cessation de l'activité ou de la formation.

### **Article R531-5**

Pour l'application de la condition de revenu minimum prévue à l'article L. 531-5 pouvant ouvrir droit au complément de libre choix du mode de garde, il est tenu compte :

1° Pour les salariés, du salaire mensuel net perçu le mois au titre duquel le complément est attribué. Ce salaire doit être au moins égal à deux fois la base mensuelle de calcul des allocations familiales



en vigueur au 1er janvier de l'année en cours pour un couple et à une fois le montant de cette base lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule ;

2° Pour les non-salariés, d'une affiliation au premier jour du mois au titre duquel le complément est attribué et du versement du dernier terme de cotisations d'assurance vieillesse exigibles.

La condition de revenu minimum est appréciée, à l'ouverture du droit, le mois précédant celle-ci ou, si les conditions ne sont pas remplies au cours de ce mois, le mois d'ouverture du droit.

## **Article R531-6**

Les dispositions du dernier alinéa du I de l'article L. 531-5 sont applicables aux personnes bénéficiaires du revenu de solidarité active dès lors que les ressources du foyer sont inférieures au montant forfaitaire applicable mentionné au 2° de l'article L. 262-2 ou à l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles et qui :

1° Sont titulaires d'un contrat de travail ;

2° Sont titulaires de l'un des contrats mentionnés aux articles L. 262-35 ou L. 262-36 du code de l'action sociale et des familles ou du projet personnalisé d'accès à l'emploi mentionné à l'article L. 5411-6-1 du code du travail ;

3° Sont inscrites comme demandeur d'emploi auprès de Pôle emploi ;

4° Suivent une formation professionnelle prévue au livre IX du code du travail.

Lorsque le droit au complément de libre choix du mode de garde est ouvert en application des sixième à neuvième alinéas du I de l'article L. 531-5, les conditions prévues par ces alinéas sont présumées remplies pour une période de douze mois à compter de l'ouverture du droit. Elles sont appréciées, à l'ouverture du droit et à son renouvellement, le mois précédant l'ouverture ou le renouvellement du droit ou, si les conditions ne sont pas remplies au cours de ce mois, le mois d'ouverture ou de renouvellement du droit.

## **Chapitre 2 : Dispositions relatives aux ressources.**

### **Article R532-1**

Pour l'ouverture du droit à la prime, à l'allocation ou au complément prévu aux articles L. 531-2 et L. 531-3, et au III de l'article L. 531-5, la condition de ressources est appréciée pour chaque période de douze mois débutant le 1er janvier, en fonction des revenus de l'année civile de référence tels que définis aux articles R. 532-3 à R. 532-8.

Toutefois, en cas de modification de la situation de famille en cours de période de paiement, cette condition est appréciée au premier jour du mois civil au cours duquel est intervenue la modification s'il y a diminution du nombre des enfants à charge, au premier jour du mois civil suivant si ce nombre a augmenté.

## Article R532-2

Il est procédé, dans les conditions prévues à l'article R. 532-1, à une appréciation spécifique des ressources perçues au cours de l'année civile de référence en cas de modification de la situation familiale ou professionnelle pendant la période de paiement, due notamment au chômage, à l'invalidité, à l'admission à la retraite ou à l'exercice d'une première activité professionnelle en France.

## Article R532-3

Les ressources retenues sont celles perçues pendant l'année civile de référence. L'année civile de référence est l'avant-dernière année précédant la période de paiement.

Sous réserve des dispositions des articles R. 532-4 à R. 532-8 et des alinéas suivants du présent article, les ressources prises en considération s'entendent du total des revenus nets catégoriels retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu d'après le barème des revenus taxés à un taux proportionnel ou soumis à un prélèvement libératoire de l'impôt sur le revenu, ainsi que les revenus perçus hors de France ou versés par une organisation internationale, à l'exclusion des revenus des enfants ayant fait l'objet d'une imposition commune et après :

- a) La déduction au titre des créances alimentaires mentionnée au 2° du II de l'article 156 du code général des impôts et majorées dans les conditions prévues au 7 de l'article 158 du code général des impôts ;
- b) L'abattement mentionné à l'article 157 bis du code général des impôts en faveur des personnes âgées ou invalides.

Sont également prises en considération :

1° Après application de la déduction correspondant à celle visée au deuxième alinéa du 3° de l'article 83 du code général des impôts, l'indemnité journalière mentionnée au 2° de l'article L. 431-1 ;

2° Les rémunérations mentionnées à l'article 81 quater du code général des impôts ;

Sont exclus du décompte des ressources les arrérages des rentes viagères constituées en faveur d'une personne handicapée et mentionnées à l'article 199 septies (2°) du code général des impôts.

Il est fait abstraction des déductions opérées en vertu de l'article 156-I du code général des impôts au titre des reports des déficits constatés au cours d'une année antérieure à celle qui est prise en considération.

Lorsque les ressources de l'année de référence de l'allocataire ou de son conjoint ou concubin ne proviennent pas d'une activité salariée et que ces ressources ne sont pas connues au moment de la demande ou du réexamen des droits, il est tenu compte des dernières ressources connues et déterminées dans les conditions prévues aux alinéas précédents. Ces ressources sont revalorisées par application du taux d'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation des ménages pour l'année civile de référence figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances.

En cas de concubinage, il est tenu compte du total des ressources perçues par chacun des concubins durant l'année de référence ; ces ressources sont déterminées dans les conditions prévues aux alinéas précédents.

#### **Article R532-4**

Il n'est pas tenu compte des revenus d'activité professionnelle ni des indemnités de chômage perçus pendant l'année civile de référence par le conjoint ou concubin :

1°) soit cessant toute activité professionnelle pour se consacrer à un enfant de moins de trois ans ou à plusieurs enfants ;

2°) soit détenu, à moins que l'intéressé ne soit placé sous le régime de semi-liberté.

En cas de décès de l'un des conjoints ou concubins, il n'est pas tenu compte des ressources perçues par lui avant le décès.

En cas de divorce, de séparation légale ou de fait ou de cessation de la vie commune des concubins, il n'est tenu compte que des ressources perçues au cours de l'année civile de référence par le conjoint ou concubin conservant la charge du ou des enfants ; ces ressources sont déterminées dans les conditions prévues à l'article R. 532-3.

Les dispositions du présent article sont applicables à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel intervient le changement de situation et jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel prend fin la situation considérée.

#### **Article R532-5**

Lorsque la personne ou l'un des conjoints ou concubins cesse toute activité professionnelle et est admis au bénéfice d'une pension de retraite ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ou se voit reconnaître un droit à prestation en application des dispositions du titre II du livre VIII du présent code, il est procédé, à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel est intervenu le changement de situation, à un abattement de 30 % sur les revenus d'activité professionnelle et les indemnités de chômage perçus par l'intéressé au cours de l'année civile de référence.

Cette mesure est applicable jusqu'à la fin de la période de paiement en cours et, éventuellement, jusqu'à la fin de la période suivante si le changement de situation se situe au cours du second semestre d'une période.

#### **Article R532-6**

Lorsque la personne ou l'un des conjoints ou concubins justifie d'une interruption de travail

supérieure à six mois dans les conditions mentionnées à l'article R. 324-1 du code de la sécurité sociale, il est procédé, à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel est intervenu le changement de situation, à un abattement de 30 % sur les revenus d'activité professionnelle et les indemnités de chômage perçus par l'intéressé au cours de l'année civile de référence.

Cette mesure est applicable jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel la situation considérée prend fin.

## **Article R532-7**

Lorsque, depuis deux mois consécutifs, la personne ou l'un des conjoints ou concubins se trouve en chômage total et perçoit l'allocation d'assurance prévue à l'article L. 5422-1 du code du travail ou se trouve en chômage partiel et perçoit l'allocation spécifique prévue à l'article L. 5122-1 du code du travail, les revenus d'activité professionnelle perçus par l'intéressé pendant l'année civile de référence sont, affectés d'un abattement de 30 %.

La rémunération perçue par les personnes relevant des conventions conclues en application de l'article L. 1233-68 du code du travail est assimilée, pendant la durée de la formation et pour l'application des dispositions de l'alinéa précédent, à l'allocation de chômage à laquelle elle s'est substituée lors de l'entrée en formation.

Cette mesure s'applique à compter du premier jour du deuxième mois civil suivant celui au cours duquel est intervenu le changement de situation et jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel l'intéressé reprend une activité professionnelle lui faisant perdre le bénéfice des allocations ou rémunération prévues aux alinéas précédents.

Lorsque la personne ou l'un des conjoints ou concubins, en chômage total depuis au moins deux mois consécutifs, ne bénéficie pas ou ne bénéficie plus d'une indemnisation dans les conditions fixées au premier alinéa ci-dessus, ou si l'indemnisation a atteint le montant minimum prévu par l'accord mentionné à l'article L. 5422-20 du code du travail, après application du taux dégressif prévu à l'article L. 5422-3 du même code, il n'est pas tenu compte des revenus d'activité professionnelle ni des indemnités de chômage perçus par l'intéressé durant l'année civile de référence. Les droits sont examinés sur cette nouvelle base à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel sont intervenus le changement de situation, la cessation du versement ou la diminution du montant de l'allocation d'assurance, ou l'admission soit à l'allocation de solidarité spécifique prévue aux articles L. 5423-1 à L. 5423-3 du code du travail, soit à l'allocation temporaire d'attente prévue à l'article L. 5423-8 du même code et jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel l'intéressé reprend une activité professionnelle lui faisant perdre le bénéfice desdites allocations.

Lorsque la personne ou l'un des conjoints ou concubins perçoit le revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles et que les ressources du foyer entendues au sens de l'article L. 262-3 du même code n'excèdent pas le montant forfaitaire mentionné au 2° de l'article L. 262-2 de ce code, il n'est tenu compte ni des revenus d'activité professionnelle ni des indemnités de chômage perçus par l'intéressé durant l'année civile de référence. Les droits sont examinés sur cette nouvelle base à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel ces conditions sont réunies et jusqu'au dernier jour du mois civil au cours duquel ces conditions cessent d'être réunies.

## Article R532-8

I.-Il est procédé à une évaluation forfaitaire des ressources de la personne et de son conjoint ou concubin lorsque les conditions ci-après sont réunies :

1° D'une part :

-soit, à l'ouverture du droit, lorsque le total des ressources de la personne et de son conjoint ou concubin perçu au cours de l'année civile de référence et apprécié selon les dispositions de l'article R. 532-3 est au plus égal à 1 015 fois le salaire minimum de croissance horaire en vigueur au 31 décembre de cette année ;

-soit, à l'occasion du premier renouvellement du droit, lorsque les ressources lors de l'ouverture du droit ont déjà fait l'objet d'une évaluation forfaitaire ;

-soit, à l'occasion du renouvellement du droit autre que le premier, lorsqu'au cours de l'année civile de référence ni le bénéficiaire, ni son conjoint, ni son concubin n'a disposé de ressources appréciées selon les dispositions de l'article R. 532-3 ;

2° D'autre part, le bénéficiaire, son conjoint ou son concubin perçoit une rémunération.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux personnes qui perçoivent le revenu de solidarité active mentionné au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles sans que les ressources du foyer entendues au sens de l'article L. 262-3 du même code excèdent le montant forfaitaire du revenu de solidarité active. Elles ne sont pas non plus applicables aux personnes qui perçoivent l'allocation mentionnée à l'article L. 821-1 du présent code.

La condition relative à l'existence d'une activité professionnelle rémunérée ou, à la perception du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles et au niveau de ressources du foyer au sens de l'article L. 262-3 du même code ou à celle de l'allocation mentionnée à l'article L. 821-1 du présent code est appréciée au cours du mois civil précédant l'ouverture du droit ou du mois de novembre précédant le renouvellement du droit.

II.-L'évaluation forfaitaire correspond :

a) S'il s'agit d'une personne exerçant une activité salariée à douze fois la rémunération mensuelle perçue par l'intéressé le mois civil précédant l'ouverture du droit ou le mois de novembre précédant le renouvellement du droit, affectée de la déduction prévue au deuxième alinéa du 3° de l'article 83 du code général des impôts ;

b) S'il s'agit d'une personne exerçant une activité professionnelle non salariée à 1 500 fois le salaire minimum de croissance horaire en vigueur au 1er juillet qui précède l'ouverture ou le renouvellement du droit.

Le montant des ressources ainsi déterminé est affecté de la déduction et de l'abattement prévus aux a et b de l'article R. 532-3.

III.-Les dispositions des I et II du présent article ne sont pas applicables :

1° Au bénéficiaire isolé âgé de moins de vingt-cinq ans, s'il exerce une activité professionnelle non salariée ou, s'il est salarié, s'il perçoit un salaire mensuel net fiscal inférieur à un montant fixé par arrêté interministériel des ministres en charge de la sécurité sociale, du logement, du budget et de l'agriculture ;

2° Au couple dont l'un au moins des membres est âgé de moins de vingt-cinq ans et exerce une activité professionnelle et si aucun des deux membres du couple n'est salarié ou, dans le cas

contraire, si le salaire ou l'addition des deux salaires mensuels nets fiscaux est inférieur à un montant fixé par l'arrêté visé à l'alinéa précédent.

Les salaires mensuels visés aux deux alinéas précédents sont ceux du mois civil précédant l'ouverture du droit ou du mois de novembre précédant le renouvellement du droit.

Les montants mentionnés aux 1° et 2° du III sont revalorisés au 1er janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation des ménages hors tabac pour l'année civile précédente figurant dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances.

La condition d'âge, visée aux deuxième et troisième alinéas, est appréciée le premier jour du mois de l'ouverture du droit ou le 1er janvier lors du renouvellement du droit.

La condition relative à l'existence d'une activité professionnelle rémunérée visée aux 1° et 2° est appréciée au cours du mois civil précédant l'ouverture du droit ou du mois de novembre précédant le renouvellement du droit.

# **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

## **Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées**

### **Titre 4 : Prestations à affectation spéciale**

#### **Chapitre 1er : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé.**

##### **Article R541-1**

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 541-1, le pourcentage d'incapacité permanente que doit présenter l'enfant handicapé pour ouvrir droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé doit être au moins égal à 80 %.

Le taux d'incapacité est apprécié suivant le guide-barème annexé au décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993 relatif au guide-barème applicable pour l'attribution de diverses prestations aux personnes handicapées et modifiant la code de la famille et de l'aide sociale, le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et le décret n° 77-1549 du 31 décembre 1977 (1).

Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 541-1, le pourcentage d'incapacité permanente de l'enfant doit être au moins égal à 50 %.

La prise en charge de l'enfant par un service mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou de soins à domicile au sens de l'article L. 541-1 précité est celle qui est accordée soit au titre de l'assurance maladie, soit par l'Etat, soit par l'aide sociale sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prévue à l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé due au titre des périodes mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 541-1 et, le cas échéant, leur complément sont versés annuellement et en une seule fois.

##### **Article R541-2**

Pour la détermination du montant du complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'enfant handicapé est classé, par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, au moyen d'un guide d'évaluation défini par arrêté, dans une des six catégories prévues

ci-dessous. L'importance du recours à une tierce personne prévu à l'article L. 541-1 est appréciée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées au regard de la nature ou de la gravité du handicap de l'enfant en prenant en compte, sur justificatifs produits par les intéressés, la réduction d'activité professionnelle d'un ou des parents ou sa cessation ou la renonciation à exercer une telle activité et la durée du recours à une tierce personne rémunérée :

1° Est classé dans la 1re catégorie l'enfant dont le handicap entraîne, par sa nature ou sa gravité, des dépenses égales ou supérieures à un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture ;

2° Est classé dans la 2e catégorie l'enfant dont le handicap contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle à temps partiel réduite d'au moins 20 % par rapport à une activité à temps plein ou exige le recours à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à huit heures par semaine ou entraîne des dépenses égales ou supérieures à un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture ;

3° Est classé dans la 3e catégorie l'enfant dont le handicap, soit :

a) Contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle à temps partiel réduite d'au moins 50 % par rapport à une activité à temps plein ou l'oblige à recourir à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à vingt heures par semaine ;

b) Contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle à temps partiel réduite d'au moins 20 % par rapport à une activité à temps plein ou exige le recours à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à huit heures par semaine et entraîne d'autres dépenses égales ou supérieures à un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture ;

c) Entraîne, par sa nature ou sa gravité, des dépenses égales ou supérieures à un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture ;

4° Est classé dans la 4e catégorie l'enfant dont le handicap, soit :

a) Contraint l'un des parents à n'exercer aucune activité professionnelle ou exige le recours à une tierce personne rémunérée à temps plein ;

b) D'une part, contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle à temps partiel réduite d'au moins 50 % par rapport à une activité à temps plein ou exige le recours à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à vingt heures par semaine et, d'autre part, entraîne des dépenses égales ou supérieures à un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture ;

c) D'une part, contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle à temps partiel réduite d'au moins 20 % par rapport à une activité à temps plein ou exige le recours à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à huit heures par semaine et, d'autre part, entraîne des dépenses égales ou supérieures à un montant fixé par arrêté conjoint des ministres



chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture ;

d) Entraîne, par sa nature ou sa gravité, des dépenses égales ou supérieures à un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture ;

5° Est classé dans la 5e catégorie l'enfant dont le handicap contraint l'un des parents à n'exercer aucune activité professionnelle ou à recourir à une tierce personne rémunérée à temps plein et entraîne des dépenses égales ou supérieures à un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture ;

6° Est classé en 6e catégorie l'enfant dont le handicap, d'une part, contraint l'un des parents à n'exercer aucune activité professionnelle ou exige le recours à une tierce personne rémunérée à temps plein et, d'autre part, dont l'état impose des contraintes permanentes de surveillance et de soins à la charge de la famille ; en cas notamment de prise en charge de l'enfant en externat ou en semi-internat par un établissement d'éducation spéciale, la permanence des contraintes de surveillance et de soins à la charge de la famille est définie par arrêté, en tenant compte des sujétions qui pèsent sur la famille en dehors des heures passées par l'enfant en établissement.

Pour l'application du présent article, l'activité à temps plein doit être entendue comme l'activité exercée conformément à la durée légale ou à la durée équivalente du travail.

### **Article R541-3**

La demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, de son complément et de la majoration mentionnés aux articles L. 541-1 et L. 541-4, est adressée à la maison départementale des personnes handicapées du lieu de résidence de l'intéressé.

Cette demande est accompagnée de toutes les pièces justificatives utiles à l'appréciation des droits de l'intéressé :

1°) d'un certificat médical détaillé sous pli fermé précisant la nature particulière de l'infirmité, le type de soins ou, le cas échéant, les mesures d'éducation nécessaires à l'enfant et mentionnant éventuellement l'avis du médecin sur l'aide nécessaire pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie lorsqu'elle doit lui être apportée par une tierce personne ;

2°) d'une déclaration du demandeur attestant :

a. que l'enfant est admis ou n'est pas admis dans un établissement mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles en précisant le cas échéant s'il est placé en internat ;

b. que l'enfant bénéficie ou ne bénéficie pas de soins médicaux ou rééducatifs se rapportant à son invalidité, soit dans un établissement d'hospitalisation, soit à domicile.

La déclaration précise si les frais de séjour et de soins sont pris en charge intégralement ou partiellement au titre de l'assurance maladie ou par l'Etat ou par l'aide sociale. Le modèle de la déclaration est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé de la santé.

La maison départementale des personnes handicapées transmet, sans délai, un exemplaire du dossier de demande à l'organisme débiteur en vue de l'examen des conditions relevant de la compétence de celui-ci.

## **Article R541-4**

Si la commission estime que l'état de l'enfant justifie l'attribution de l'allocation, elle fixe la durée de la période, au moins égale à un an et au plus égale à cinq ans, pour laquelle cette décision est prise. Toutefois ce délai n'est pas opposable à l'allocataire en cas d'aggravation du taux d'incapacité permanente de l'enfant.

Pour l'attribution éventuelle du complément, elle classe l'enfant dans l'une des six catégories mentionnées à l'article R. 541-2.

En cas de changement d'organisme ou de service débiteur de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou en cas de changement d'allocataire, la décision de la commission territorialement compétente en premier lieu s'impose sans qu'il soit nécessaire de renouveler la procédure.

L'organisme débiteur des prestations familiales peut contrôler l'effectivité du recours à une tierce personne. S'il constate que ce recours n'est pas effectif dans les conditions prévues pour les différentes catégories, il saisit la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Celle-ci réexamine le droit au complément d'éducation spéciale à partir du moment où l'organisme prestataire a constaté que les conditions en matière de recours à la tierce personne ne sont plus remplies. Dans l'attente de la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'organisme débiteur des prestations familiales verse, à titre d'avance, le complément correspondant à la situation constatée. La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées statue en urgence sur ces affaires, dans un délai fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre de l'éducation nationale.

## **Article R541-5**

Lorsque la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées a préconisé des mesures particulières d'éducation et de soins dans l'intérêt de l'enfant, l'ouverture du droit à la prestation doit faire l'objet d'un réexamen dans un délai maximum de deux ans.

## **Article R541-6**

Le silence gardé par la commission pendant plus de quatre mois à compter du dépôt de la demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé vaut décision de rejet de celle-ci.

## **Article R541-7**

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est attribuée à compter du premier jour du mois suivant celui du dépôt de la demande.

Dans le cas où l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est supprimée, la prestation cesse d'être due à compter du premier jour du mois civil au cours duquel intervient la notification de la décision à l'allocataire lorsque l'enfant bénéficiaire de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé n'ouvre pas droit à l'allocation aux adultes handicapés, au premier jour du mois civil suivant lorsque l'enfant ouvre droit à l'allocation aux adultes handicapés.

Les dispositions de l'article R. 512-2 sont applicables à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Lorsque le bénéficiaire du complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé opte pour la prestation de compensation en application du 1° du III de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, le versement de ce complément cesse à compter de la date d'attribution de la prestation de compensation fixée par la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Lorsque l'organisme débiteur des prestations familiales est informé par le président du conseil général de l'attribution d'une prestation de compensation en application de l'article R. 245-36 du code de l'action sociale et des familles, celui-ci suspend le versement du complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé dû à la famille au titre de l'enfant handicapé concerné à compter de la date d'attribution fixée par le président du conseil général. Toutefois, si la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ne confirme pas l'attribution, par le président du conseil général, de la prestation de compensation, l'organisme débiteur des prestations familiales rétablit le versement de ce complément rétroactivement à la date de la suspension, conformément à la décision de la commission.

## **Article R541-8**

Pour l'appréciation du droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et à ses compléments, l'hospitalisation dans un établissement de santé est assimilée à un placement en internat dans un établissement mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles à compter du premier jour du troisième mois civil suivant le début de l'hospitalisation de l'enfant, sauf si les contraintes liées à l'hospitalisation entraînent pour les parents une cessation ou une réduction de l'activité professionnelle y compris la renonciation à cette activité, le recours à une tierce personne rémunérée ou des dépenses dans des conditions identiques à celles requises pour l'attribution d'un complément. Dans ce cas, sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, le versement de la prestation peut être maintenu.

## **Article R541-9**

La demande portant sur l'attribution du troisième élément de la prestation de compensation est déposée auprès de la maison départementale des personnes handicapées par la personne assumant la charge de l'enfant handicapé et bénéficiant d'une allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Si la personne n'est pas déjà bénéficiaire de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé au moment de sa demande de prestation de compensation, cette demande est déposée à la maison départementale des personnes handicapées conjointement à la demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

## **Article R541-10**

Lorsque le demandeur fait simultanément une demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et de troisième élément de prestation de compensation, les charges liées à l'aménagement du logement et du véhicule ainsi que les surcoûts éventuels de transports sont pris en compte au titre de la prestation de compensation et ne peuvent pas l'être dans l'attribution du complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Lorsque la personne est bénéficiaire, au moment de sa demande de prestation de compensation, d'un complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé attribué pour des dépenses autres que celles entraînées par le recours à une tierce personne, la demande de prestation de compensation entraîne systématiquement révision de la décision d'allocation et de son complément.

La demande présentée par un bénéficiaire de la prestation de compensation au titre du 1° du III de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles en vue du renouvellement ou de la révision de cette prestation en raison de l'évolution du handicap de la personne ou des facteurs ayant déterminé les charges prises en compte entraîne systématiquement un réexamen des conditions pour bénéficier du complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Le bénéficiaire des éléments mentionnés aux 2°, 4°, et 5° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles ne peut opter pour le complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé qu'à la date d'échéance de l'attribution de ces éléments, dès lors qu'ils ont donné lieu à un versement ponctuel.

## **Chapitre 3 : Allocation de rentrée scolaire.**

### **Article R543-1**

L'allocation de rentrée scolaire établie par l'article L. 543-1 est attribuée compte tenu des dispositions du présent chapitre, pour chaque enfant, aux ménages ou personnes qui en ont la charge au jour de la rentrée scolaire dans l'établissement qu'il fréquente.

### **Article R543-2**

Ouvre droit à l'allocation de rentrée scolaire chaque enfant à charge qui atteindra son sixième

anniversaire avant le 1er février de l'année suivant celle de la rentrée scolaire.

L'allocation reste due, lors de chaque rentrée scolaire, pour tout enfant qui n'a pas atteint l'âge de dix-huit ans révolus au 15 septembre de l'année considérée.

Le montant de l'allocation de rentrée scolaire est majoré, d'une part, lorsque l'enfant atteint ses onze ans, et, d'autre part, lorsque l'enfant atteint ses quinze ans, au cours de l'année civile de la rentrée scolaire.

### **Article R543-3**

Est, au sens et pour l'application du premier alinéa de l'article L. 543-1, un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé tout établissement ou organisme qui a pour objet de dispenser un enseignement permettant aux enfants qui suivent cet enseignement de satisfaire à l'obligation scolaire.

### **Article R543-4**

La condition d'inscription prévue au premier alinéa de l'article L. 543-1 est, sauf preuve contraire, présumée remplie pour chacun des enfants ouvrant droit à l'allocation de rentrée scolaire.

Dans le cas où le versement des prestations familiales a été supprimé, au titre de l'année scolaire précédente, en application des dispositions qui édictent des sanctions aux manquements à l'obligation scolaire, l'allocation de rentrée scolaire ne doit être versée que sur justification de l'inscription de l'enfant intéressé pour la nouvelle année scolaire dans un établissement ou organisme d'enseignement.

La même justification est exigée pour le versement de l'allocation de rentrée scolaire après la fin de l'obligation scolaire.

### **Article R543-5**

Les ménages ou personnes remplissant les conditions fixées aux articles ci-dessus ne peuvent bénéficier de l'allocation de rentrée scolaire que si le montant des ressources dont ils ont disposé durant l'année civile de référence considérée est inférieur à un plafond.

Ce plafond est majoré, à partir du premier enfant, de 30 % par enfant à charge. Il est revalorisé au 1er janvier de chaque année conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année civile de référence.

### **Article R543-6**

Pour l'application de la condition de ressources prévue à l'article R. 543-5, la situation de famille est appréciée au 31 juillet précédant la rentrée scolaire considérée.

Il est fait application des articles R. 532-3 à R. 532-8.

### **Article R543-6-1**

L'allocation différentielle de rentrée scolaire est égale, pour chaque enfant, à la différence entre, d'une part, le plafond défini au deuxième alinéa de l'article R. 543-5, majoré, pour chaque tranche d'âge, des montants d'allocation de rentrée scolaire en vigueur au 1er janvier de l'année en cours multiplié par le nombre d'enfants y ouvrant droit pour cette tranche d'âge au titre de la rentrée scolaire en cours et, d'autre part, le montant des ressources, cette différence étant divisée par le nombre d'enfants à charge ouvrant droit à cette allocation.

### **Article R543-7**

L'allocation de rentrée scolaire fait l'objet d'un versement unique qui doit être opéré au plus tard le 31 octobre de l'année considérée.

## **Chapitre 4 : Allocation journalière de présence parentale**

### **Article R544-1**

La demande d'allocation journalière de présence parentale est adressée à l'organisme débiteur accompagnée des documents suivants :

1° Une attestation de l'employeur précisant que le demandeur bénéficie d'un congé de présence parentale en application de l'article L. 122-28-9 du code du travail, de l'article 40 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, de l'article 60 sexies de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, du 11° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ou de toute autre disposition applicable aux agents publics prévoyant le bénéfice d'un congé de présence parentale ;

2° Un certificat médical détaillé, établi conformément à un modèle défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, adressé sous pli fermé à l'attention du service du contrôle médical, attestant la particulière gravité de la maladie, du handicap ou de l'accident de l'enfant et précisant la nature des soins contraignants et les modalités de la présence soutenue du parent aux côtés de l'enfant, ainsi que la durée prévisible du traitement de l'enfant.

Lorsque la durée prévisible de traitement de l'enfant fixée par le médecin qui le suit fait l'objet d'un

réexamen dans les conditions mentionnées à l'article L. 544-2, l'allocataire adresse à l'organisme débiteur, sous pli fermé à l'attention du service du contrôle médical, un nouveau certificat médical détaillé, dans les mêmes conditions que celles définies au troisième alinéa.

### **Article R544-2**

Le service du contrôle médical compétent pour se prononcer sur la nécessité de soins contraignants ou de présence soutenue aux côtés de l'enfant malade est celui dont relève ce dernier en qualité d'ayant droit pour les prestations en nature de l'assurance maladie.

### **Article R544-3**

Le silence gardé par le service du contrôle médical jusqu'au dernier jour du deuxième mois civil qui suit la réception de la demande d'allocation de présence parentale par l'organisme débiteur vaut avis favorable de ce service.

Le silence gardé par l'organisme débiteur jusqu'au dernier jour du troisième mois civil qui suit la réception de la demande d'allocation de présence parentale vaut décision favorable de cet organisme.

# **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

## **Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées**

### **Titre 5 : Dispositions communes**

#### **Chapitre 2 : Service des prestations.**

##### **Article R552-1**

Si un allocataire relevant d'un régime d'allocations familiales se trouve temporairement ou définitivement transféré à un autre régime, le service des prestations familiales incombe au régime primitif jusqu'à régularisation administrative, à charge pour lui d'en poursuivre le remboursement auprès de l'autre régime.

##### **Article R552-2**

Lorsqu'il prend une décision prévue à l'article L. 552-3, le président du conseil général transmet au directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales l'identité du ou des enfants dont le comportement a conduit à proposer la conclusion d'un contrat de responsabilité parentale, ainsi que celle de leurs parents ou de leur représentant légal.

La part des allocations familiales et du complément familial qui est regardée comme due à la famille au titre de ce ou de ces enfants est calculée en proportion du nombre d'enfants à charge dont le comportement est à l'origine de cette décision.

Le président du conseil général indique dans sa décision :

- 1° Celles des prestations mentionnées à l'article L. 552-3 dont il demande la suspension ;
- 2° Le cas échéant, la proportion de ces prestations qui doit faire l'objet de la mesure de suspension ;
- 3° La durée de la mesure de suspension.

##### **Article R552-3**



Le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales suspend, dans la mesure décidée par le président du conseil général, et à compter du mois suivant la réception de sa décision, le versement de la part des allocations familiales, et, le cas échéant, du complément familial, afférente à l'enfant ou aux enfants dont les identités lui ont été transmises.

L'enfant ou les enfants dont le comportement a conduit à la mesure de suspension sont regardés comme restant à la charge de la famille pour le calcul du montant des prestations familiales dues à celle-ci.

## **Article R552-4**

Lorsqu'il est fait application de l'article L. 552-3-1 en cas de manquement à l'obligation d'assiduité scolaire, la part des allocations familiales afférentes à l'enfant ou aux enfants en cause est égale au montant total des allocations familiales dues à l'allocataire ou aux allocataires concernés, multiplié par le nombre d'enfants en cause, divisé par le nombre total d'enfants à charge de cet allocataire ou ces allocataires. Cette part est augmentée de la majoration pour âge, si l'enfant y ouvre droit. Lorsque l'enfant est en résidence alternée et ouvre droit aux allocations familiales partagées entre ses deux parents dans les conditions prévues à l'article L. 521-2, cet enfant compte pour 0,5 part, aussi bien pour le calcul du nombre d'enfants à charge que pour le calcul du nombre d'enfants en cause.

Le ou les enfants dont le comportement a conduit à la mesure de suspension sont considérés comme restant à la charge du ou des allocataires pour le calcul du montant des prestations familiales dues à celle-ci.

## **Chapitre 3 : Dispositions diverses.**

### **Section 1 : Dispositions générales.**

#### **Article R553-1**

Le règlement des prestations familiales a lieu mensuellement.

Les prestations familiales versées mensuellement, l'allocation de rentrée scolaire sont payables à terme échu et aux dates fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pour les caisses d'allocations familiales et par un arrêté du ministre chargé de l'agriculture pour les caisses de mutualité sociale agricole.

#### **Article R553-2**

Les dispositions du présent livre relatives aux personnes vivant en concubinage s'appliquent aux partenaires d'un pacte civil de solidarité.

## **Section 2 : Evaluation des éléments de train de vie.**

### **Article R553-3**

La présente section est applicable aux prestations suivantes :

- 1° La prestation d'accueil du jeune enfant ;
- 2° Le complément familial ;
- 3° L'allocation de rentrée scolaire.

### **Article R553-3-1**

I.-L'évaluation forfaitaire du train de vie prévue à l'article L. 553-5 prend en compte les éléments et barèmes suivants :

- 1° Propriétés bâties détenues ou occupées par le demandeur ou le bénéficiaire : valeur locative annuelle définie aux articles 1494 à 1508 et 1516 à 1518 B du code général des impôts. Pour les propriétés situées sur un territoire dans lequel aucune valeur locative n'est applicable ou ne peut être connue, la valeur locative est celle du logement occupé par le demandeur ou le bénéficiaire ;
- 2° Propriétés non bâties détenues ou occupées par le demandeur ou le bénéficiaire : valeur locative annuelle définie aux articles 1509 à 1518 A du code général des impôts. Pour les propriétés situées sur un territoire dans lequel aucune valeur locative n'est applicable ou ne peut être connue, la valeur locative est celle du logement occupé par le demandeur ou le bénéficiaire ;
- 3° Travaux, charges et frais d'entretien des immeubles : 80 % du montant des dépenses ;
- 4° Personnels et services domestiques : 80 % du montant des dépenses ;
- 5° Automobiles, bateaux de plaisance, motocyclettes : 25 % de la valeur vénale de chaque bien lorsque celle-ci est supérieure à 10 000 euros ;
- 6° Appareils électroménagers, équipements son-hifi-vidéo, matériels informatiques : 80 % du montant des dépenses lorsque celles-ci sont supérieures à 1 000 euros ;
- 7° Objets d'art ou de collection, articles de joaillerie et métaux précieux : 3 % de leur valeur vénale ;
- 8° Voyages, séjours en hôtels et locations saisonnières, restaurants, frais de réception, biens et services culturels, éducatifs, de communication ou de loisirs : 80 % du montant des dépenses ;
- 9° Clubs de sports et de loisirs, droits de chasse : 80 % du montant des dépenses ;
- 10° Capitaux : 10 % du montant à la fin de la période de référence.

II.-Pour l'application du présent article :

1° Les dépenses sont celles réglées au bénéfice du foyer du demandeur ou du bénéficiaire pendant la période de référence ;

2° La valeur vénale des biens est la valeur réelle à la date de la disposition. Sont retenus notamment à fin d'évaluation, lorsqu'ils existent :

- a) Le montant garanti par le contrat d'assurance ;
- b) L'estimation particulière effectuée par un professionnel ;
- c) La référence issue d'une publication professionnelle faisant autorité.

### **Article R553-3-2**

La période de référence est celle prévue, selon le cas, à l'article R. 532-1 ou à l'article R. 543-5.

### **Article R553-3-3**

Les biens et services énumérés à l'article R. 553-3-1 ne sont pas pris en compte lorsqu'ils ont été détenus ou utilisés à usage professionnel. En cas d'usage mixte, l'évaluation est effectuée au prorata de l'utilisation à usage privé ou personnel.

### **Article R553-3-4**

Lorsqu'il est envisagé de faire usage de la procédure prévue à l'article L. 553-5, l'organisme de sécurité sociale en informe le demandeur ou le bénéficiaire de la prestation, par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette lettre a pour objet :

1° De l'informer de l'objet de la procédure engagée, de son déroulement, de ses conséquences, de sa possibilité de demander à être entendu et à être assisté, lors de cet entretien, du conseil de son choix, des sanctions applicables en cas de déclarations fausses ou incomplètes et de ce que le résultat de cette évaluation sera transmis aux autres organismes de sécurité sociale qui lui attribuent, le cas échéant, des prestations sous conditions de ressources ;

2° De l'inviter à renvoyer, dans un délai de trente jours, le questionnaire adressé par l'organisme visant à évaluer les différents éléments de son train de vie accompagné de toutes les pièces justificatives, en précisant qu'à défaut de réponse complète dans ce délai les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 583-3 du code de la sécurité sociale seront appliquées.

### **Article R553-3-5**

Si le montant du train de vie évalué forfaitairement en application de l'article R. 553-3-1 est supérieur ou égal à une somme correspondant au double du plafond de ressources applicable à la prestation familiale concernée, augmentée des revenus perçus, pour la période de référence, au titre des prestations et rémunérations exclues en tout ou en partie, pour l'appréciation des ressources déclarées, en application des articles R. 532-3 à R. 532-8, la disproportion marquée entre le train de vie et les ressources déclarées est constatée. Dans ce cas, l'évaluation forfaitaire des éléments du train de vie est prise en compte pour la détermination du droit à la prestation.

## **Article R553-3-6**

Lorsque les ressources prises en compte selon l'évaluation forfaitaire du train de vie ne donnent pas droit à la prestation, l'attribution ou le renouvellement de la prestation n'est pas refusé en cas de circonstances exceptionnelles liées notamment à la situation économique et sociale du foyer, ou s'il est établi que la disproportion marquée a cessé. En cas de refus, la décision est notifiée au demandeur ou au bénéficiaire, par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle est motivée et indique les voies de recours dont dispose l'intéressé.

## **Article R553-3-7**

Les organismes locaux de sécurité sociale rendent compte sans délai à l'organisme national chargé de coordonner leur activité de chacune des évaluations effectuées, après suppression de tout élément d'identification des personnes concernées, en précisant :

1° Le cas échéant, si le demandeur ou le bénéficiaire a transmis une réponse à la demande d'évaluation dans le délai prescrit ;

2° Le sens de la décision prise à l'issue de l'évaluation ;

3° Les éléments de train de vie qui ont fait l'objet de l'évaluation ;

4° Le cas échéant, la nature et le montant de la sanction prononcée en cas de fraude ou de fausse déclaration.

L'organisme national mentionné au premier alinéa transmet périodiquement un bilan de ces éléments au au ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 R581-1**

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 581-4, le titulaire de la créance doit fournir à l'organisme débiteur de prestations familiales les éléments prouvant son droit à la créance.

Il fournit également à l'organisme mentionné au premier alinéa les renseignements en sa possession relatifs au débiteur, notamment l'identité, le numéro d'immatriculation à la sécurité sociale, l'adresse ou la dernière adresse connue, la profession, les nom et adresse de l'employeur, la nature, la situation et l'importance du patrimoine ainsi que les sources de revenus du débiteur.

###### **Article R581-2**

Lorsque le créancier fait une demande d'aide au recouvrement fondée sur l'article L. 581-6, il joint à sa demande les documents prévus à l'article 2 du décret n° 75-1339 du 31 décembre 1975, ou une attestation d'échec de la procédure de recouvrement public établie par le procureur de la République.

###### **Article R581-3**

Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 581-3, l'enfant majeur créancier d'une pension alimentaire fixée par décision de justice devenue exécutoire doit donner mandat à l'organisme débiteur de prestations familiales de recouvrer cette créance pour son compte.

###### **Article R581-4**

L'organisme débiteur de prestations familiales notifie au débiteur, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, qu'il a admis la demande au recouvrement faite par le créancier.

Par lettre mentionnée au premier alinéa, l'organisme débiteur de prestations familiales rappelle au débiteur les obligations auxquelles celui-ci est tenu envers le créancier et lui fait connaître qu'à défaut d'exécution volontaire, le recouvrement de la créance sera poursuivi au moyen de toute procédure appropriée. L'organisme débiteur de prestations familiales précise à cet égard que les termes à échoir et les arriérés pour lesquels il n'y a pas subrogation peuvent, avec l'accord de cet organisme, être acquittés directement entre les mains du créancier et qu'à défaut de ce paiement amiable, le débiteur sera tenu de s'acquitter auprès de l'organisme des arriérés de pension ainsi que des termes à échoir pendant une période de douze mois consécutifs à compter du premier versement ainsi effectué.

### **Article R581-5**

L'organisme débiteur de prestations familiales notifie au débiteur l'apurement définitif des arriérés de la dette et la fin de l'obligation de se libérer auprès de lui.

L'organisme débiteur de prestations familiales rend compte au créancier d'actes effectués pour son compte. Il l'informe, le cas échéant, de l'abandon des poursuites lorsqu'elles s'avèrent vaines ou manifestement contraires aux intérêts du créancier.

### **Article R581-6**

Exception faite des créances recouvrées en application de l'article 7 de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975, le montant des sommes versées à l'organisme débiteur de prestations familiales est majoré, à son profit, de 7,5 % ainsi que du montant des frais effectivement payés aux officiers ministériels et aux auxiliaires de justice ; lorsque l'organisme débiteur de prestations familiales ne recourt pas aux services d'un officier ministériel ou d'un auxiliaire de justice une majoration supplémentaire de 2,5 % est appliquée.

### **Article R581-7**

Les majorations mentionnées à l'article R. 581-6 sont recouvrées par les voies et moyens applicables au recouvrement de la créance principale. En cas de difficulté, le recouvrement forcé est soumis aux règles prévues aux articles 704 à 718 du code de procédure civile. Le tribunal compétent est celui dans le ressort duquel l'organisme débiteur de prestations familiales a son siège.

### **Article R581-8**

Les majorations mentionnées à l'article R. 581-6 constituent une recette de la gestion administrative des organismes débiteurs de prestations familiales.

### **Article R581-9**

Dans tous les cas, le dernier terme échu de la pension alimentaire et des créances des articles 214, 276 et 342 du code civil est imputé par priorité sur les sommes recouvrées et est reversé au créancier.

# **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

## **Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés**

### **Titre 1 : Régime social des indépendants**

#### **Chapitre 1er : Organisation administrative**

##### **Section 2 : Caisse nationale**

###### **Sous-section 1 : Les missions.**

###### **Article R611-1**

I. - Pour l'exercice des missions définies à l'article L. 611-4, la Caisse nationale du régime social des indépendants a pour rôle :

1° De centraliser toutes informations nécessaires au fonctionnement du régime ;

2° D'assurer la représentation de l'ensemble des caisses de base auprès des pouvoirs publics ;

3° De décider de passer convention pour la caisse nationale et les caisses de base avec les caisses nationales des autres régimes de sécurité sociale et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale pour la réalisation de travaux portant sur des sujets d'intérêt commun ;

4° D'établir à l'échelon national les statistiques relatives aux opérations du régime.

II. - La caisse nationale est soumise au contrôle économique et financier de l'Etat dans les conditions fixées par le décret du 26 mai 1955 modifié susvisé.

###### **Sous-section 2 : Le conseil d'administration**

###### **Article R611-2**



I.-Le conseil d'administration de la caisse nationale comprend cinquante administrateurs, dont :

1° Quarante-deux représentants des caisses de base communes aux groupes professionnels des artisans et des industriels et commerçants et des caisses des départements d'outre-mer élus par leur conseil d'administration à raison d'un représentant par caisse de base et de deux représentants au-delà de 150 000 ressortissants conformément au tableau constituant l'annexe 1 du présent chapitre ;

2° Huit représentants des caisses de base du groupe des professions libérales élus par leurs conseils d'administration réunis.

Siègent également au conseil avec voix consultative :

1° Deux membres désignés par l'Union nationale des associations familiales parmi les personnes cotisant au régime ;

2° Quatre représentants des organismes conventionnés mentionnés à l'article L. 611-20, nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ;

3° Deux représentants de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, dont le directeur ou son représentant et un administrateur désigné en son sein par le conseil d'administration parmi les représentants des travailleurs indépendants.

II.-Des membres suppléants sont élus ou nommés au conseil d'administration en nombre égal et dans les mêmes conditions que les membres titulaires. Le suppléant remplace les administrateurs titulaires en cas de vacance d'un siège en cours de mandat.

III.-Le directeur général, l'agent comptable et le médecin-conseil national assistant, avec voix consultative, aux séances du conseil d'administration.

IV.-Les commissaires du Gouvernement représentant le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé du budget assistent aux réunions du conseil d'administration et de ses commissions et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

Un représentant du ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales assiste également aux séances du conseil d'administration et des commissions ayant reçu délégation du conseil. Il est entendu chaque fois qu'il le demande.

V.-Le conseil d'administration peut entendre toute personne ou organisation dont elle estime l'audition utile à son information.

## **Article R611-3**

Les représentants titulaires et suppléants des caisses de base sont élus pour six ans. Les autres membres du conseil sont désignés ou nommés pour la même durée. Leur mandat est renouvelable.

Cessent de plein droit de faire partie du conseil d'administration les membres dont le mandat au conseil d'administration d'une caisse de base vient à cesser pour une cause quelconque ; toutefois, ceux dont le mandat venu à expiration n'est pas renouvelé continuent à siéger au conseil d'administration de la caisse nationale jusqu'au prochain renouvellement de ce conseil.

Cessent de plein droit de faire partie du conseil les membres désignés qui ne remplissent plus les conditions qui avaient motivé leur désignation.

Il est immédiatement pourvu par une nouvelle élection aux vacances survenant en cours de mandat. Les nouveaux membres achèvent le mandat de leurs prédécesseurs. Toutefois, il n'est procédé à aucune élection partielle dans les six mois qui précèdent l'expiration des pouvoirs du conseil d'administration.

## **Paragraphe 1 : Elections.**

### **Article R611-4**

Les représentants des caisses de base au conseil d'administration de la caisse nationale sont élus au scrutin uninominal par les membres élus du conseil d'administration des caisses de base.

L'élection a lieu à la date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les administrateurs élus des conseils d'administration des caisses de base sont convoqués par le président de chaque caisse de base huit jours au moins avant la date de l'élection. La convocation doit mentionner l'objet de la réunion qui est présidée par le membre le plus âgé.

### **Article R611-5**

L'élection a lieu au scrutin secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés.

Si, après deux tours de scrutin, la majorité absolue n'a pas été atteinte, il est procédé à un troisième tour de scrutin et l'élection a lieu à la majorité relative. En cas d'égalité de suffrages, le candidat le plus âgé est proclamé élu.

### **Article R611-6**

Lorsque devient vacant un siège d'administrateur dont le titulaire avait été remplacé par son suppléant, il y a lieu de pourvoir à la vacance de ce siège par l'élection d'un nouveau titulaire et d'un nouveau suppléant. Cette élection a lieu dans un délai de deux mois à compter du jour où la vacance s'est produite, à la date fixée par le ministre chargé de la sécurité sociale. Il est fait application des articles R. 611-4 et R. 611-5.

## **Article R611-7**

La contestation des résultats des élections est portée, dans un délai de cinq jours, devant le tribunal d'instance, qui statue en dernier ressort. L'article R. 611-50 est applicable à ces élections.

## **Paragraphe 2 : Rôle du conseil d'administration.**

### **Article R611-9**

I.-Le conseil d'administration de la caisse nationale détermine :

1° Les orientations de la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 611-7 ;

2° Les propositions prévues à l'article L. 111-11 relatives à l'évaluation des charges et produits du régime de base de la branche maladie ;

3° Les principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes ;

Le conseil d'administration a en outre notamment pour rôle :

1° D'établir le règlement intérieur de la caisse nationale soumis à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale ;

2° De voter les budgets nationaux de gestion et d'intervention ;

3° De nommer l'agent comptable sous réserve de son agrément par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget ;

4° De contrôler l'application par le directeur général et l'agent comptable des dispositions législatives et réglementaires ainsi que l'exécution de ses propres délibérations ;

5° De décider d'agir en justice dans les matières relevant de sa compétence ;

6° Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, d'approuver, sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres, les comptes annuels et les comptes combinés du régime au vu de l'opinion émise par l'instance chargée de la certification ;

7° De proposer les règlements financiers des régimes complémentaires obligatoires d'assurance vieillesse et d'assurance invalidité-décès ;

8° De procéder aux désignations nécessaires des représentants de la caisse nationale dans les instances ou organismes au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.

Le conseil d'administration peut diligenter tout contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions.

Le conseil d'administration peut être saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale de toute question relative à l'assurance maladie et à l'assurance vieillesse.

II.-Le conseil d'administration de la caisse nationale est saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale, pour avis, des projets de loi, d'ordonnance et de décrets spécifiques à ce régime et ayant des incidences directes sur l'équilibre financier d'une branche ou d'un régime mentionné à l'article L. 611-2 et des projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil d'administration de la caisse nationale peut faire toutes propositions de modification législative ou réglementaire dans son domaine de compétence. Les propositions de nature législative sont transmises au Parlement.

Le conseil d'administration est habilité, dans le respect de l'équilibre financier de chacune des branches dont il assure la gestion, à proposer des réformes au Gouvernement.

Les dispositions des articles R. 200-2 et R. 200-3 à R. 200-6, des premier, deuxième et troisième alinéas de l'article R. 224-3, des articles R. 224-5, R. 226-2 et R. 281-6 lui sont applicables.

L'opposition prévue à l'article L. 224-10 est exercée par le ministre chargé de la sécurité sociale ou le ministre chargé du budget.

## **Article R611-10**

Lorsque le conseil d'administration demande, en application du troisième alinéa du II de l'article L. 611-6, au directeur général de lui soumettre une seconde proposition, celle-ci lui est présentée dans les vingt jours suivant sa première délibération.

## **Article R611-11**

Lorsqu'il est saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé du budget et le ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales de la proposition de nomination du directeur général, conformément au I de l'article L. 611-6, le conseil dispose d'un délai de onze jours à compter de sa saisine pour faire valoir le cas échéant son droit d'opposition. A défaut de réponse dans ce délai, l'avis est réputé favorable. En cas d'opposition, les ministres transmettent une nouvelle proposition.

Lorsqu'il est envisagé de mettre fin aux fonctions du directeur général avant le terme de son mandat, les ministres mentionnés à l'article R. 611-15 en informent le conseil d'administration de la caisse nationale, conformément au III de l'article L. 611-6. Le conseil dispose d'un délai de quinze jours à compter de sa saisine pour faire connaître son avis aux ministres. L'avis est réputé favorable en l'absence de sa notification aux ministres précités dans le délai de quinze jours.

## **Paragraphe 3 : Fonctionnement.**

### **Article R611-12**

Le conseil d'administration élit en son sein, à bulletins secrets, son président et deux vice-présidents. Aux premier et deuxième tours de scrutin, l'élection a lieu à la majorité absolue des suffrages exprimés, compte non tenu des bulletins blancs ou nuls, et au troisième tour, à la majorité relative des suffrages exprimés. En cas de partage des voix, le candidat le plus âgé est proclamé élu.

La durée du mandat du président est fixée à six ans renouvelable une fois.

Le conseil d'administration peut constituer en son sein :

1° Un bureau comprenant au plus dix membres, dont le président et les deux vice-présidents ainsi que les présidents des sections professionnelles mentionnées à l'article R. 611-14 ;

2° Des commissions auxquelles il peut déléguer une partie de ses attributions ;

3° Des commissions constituées à titre consultatif pouvant comprendre des personnalités qui n'appartiennent pas au conseil.

Lorsque le conseil délibère sur les questions propres aux régimes d'assurance vieillesse de base, complémentaires et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales, les administrateurs élus du groupe des professions libérales siègent à titre consultatif.

### **Article R611-13**

Le conseil se réunit sur convocation de son président qui fixe l'ordre du jour de la séance.

Lorsque la réunion du conseil intervient à la demande du ou des ministres ou de la moitié au moins de ses membres, le conseil est réuni dans les vingt jours de la réception de la demande afin de délibérer des questions posées.

Le conseil ne peut valablement délibérer que si la majorité de ses membres ayant voix délibérative assistent à la séance. Si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué avec le même ordre du jour dans un délai maximal de vingt jours et délibère alors valablement quel que soit le nombre des membres présents. En cas d'empêchement, un membre du conseil peut donner délégation à un autre membre. Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Les délibérations du conseil sont adoptées à la majorité simple des membres présents et représentés.

## **Article R611-14**

Les administrateurs élus du conseil peuvent être répartis en sections professionnelles correspondant au groupe professionnel au titre duquel ils ont été élus dans leur caisse de base.

Chaque section élit, dans les conditions précisées dans le règlement intérieur de la caisse nationale, un président de section.

Les sections se réunissent sur convocation de leur président.

Les commissaires du Gouvernement et l'agent chargé du contrôle économique et social assistent aux réunions et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

## **Sous-section 3 : Le directeur général.**

### **Article R611-15**

Le directeur général de la caisse nationale est nommé par décret sur proposition du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales.

### **Article R611-16**

Le directeur général de la caisse nationale met en oeuvre les orientations et décisions adoptées par le conseil d'administration.

Il négocie et, avec le président du conseil d'administration, signe la convention d'objectifs et de gestion ainsi que les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 611-7.

Il assure pour les systèmes d'information les responsabilités prévues à l'article L. 161-28.

Il propose au conseil d'administration les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement. Il informe, dans les meilleurs délais, outre le conseil d'administration de la caisse nationale, 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.

Il peut recevoir mandat du conseil d'administration pour négocier et, le cas échéant, conclure des accords collectifs nationaux applicables aux personnels des organismes de sécurité sociale du

régime social des indépendants.

Il est notamment chargé pour ce qui concerne la gestion de la caisse nationale et sous le contrôle du conseil d'administration :

1° De fixer l'organisation du travail dans les services et d'assurer la discipline générale.

2° De prendre, sous réserve de dispositions législatives ou réglementaires donnant compétence à une autre autorité, toutes mesures individuelles concernant la gestion du personnel.

Il nomme, le cas échéant, un ou plusieurs directeurs délégués, agents comptables secondaires, directeurs adjoints et sous-directeurs.

Il est l'ordonnateur des recettes et des dépenses. Il peut désigner des ordonnateurs délégués. Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, il arrête les comptes annuels de la caisse et les comptes combinés annuels du régime.

Il conclut au nom de la caisse nationale toute convention.

Il accepte provisoirement ou à titre conservatoire et sans autorisation préalable les dons et legs qui sont faits à l'organisme.

Il peut déléguer sa signature à ceux de ses collaborateurs qui exercent une fonction de direction ou de cadre au sein de la caisse nationale pour effectuer en son nom soit certains actes, soit tous les actes relatifs à certaines de ses attributions.

Il peut déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses pouvoirs à certains agents de l'organisme. Il peut donner mandat à des agents de l'organisme en vue d'assurer la représentation de celui-ci en justice et dans les actes de la vie civile.

Il rend compte au conseil d'administration de la mise en oeuvre des décisions qu'il a prises et de la gestion de la caisse nationale et du réseau après la clôture de chaque exercice.

Il remet au conseil d'administration, au plus tard à la fin du premier semestre de chaque année, un rapport d'activité pour l'année écoulée retraçant notamment les orientations et les décisions prises par le conseil d'administration, les actions mises en oeuvre pour les atteindre et les résultats constatés.

Il assiste, avec voix consultative, aux réunions du conseil et des divers comités, commissions et sections professionnelles.

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur général, ses fonctions sont exercées par un agent de direction de la caisse nationale qu'il a préalablement désigné à cet effet.

Dans les conditions prévues par la convention d'objectifs et de gestion mentionnée au I de l'article L. 611-7, le directeur général communique toute information et réalise toute étude que les ministres chargés de la tutelle jugent utiles.

## **Sous-section 4 : L'agent comptable.**

### **Article R611-17**

L'agent comptable de la caisse nationale est nommé par le conseil d'administration de la caisse nationale et agréé par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

L'agent comptable national est chargé des opérations comptables et financières de la caisse nationale et en assume la responsabilité sous le contrôle du conseil d'administration.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, les comptes annuels et les comptes combinés du régime sont établis par l'agent comptable national et arrêtés par le directeur général. Les comptes annuels et les comptes combinés sont ensuite présentés par le directeur général et l'agent comptable national au conseil d'administration.

Toute décision de caractère individuel prise en matière de gestion du personnel est communiquée à l'agent comptable qui porte mention de la disponibilité des crédits correspondants et de sa conformité aux autorisations budgétaires.

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement de l'agent comptable, ses fonctions sont exercées par un agent comptable secondaire ou un fondé de pouvoir qu'il a préalablement désigné à cet effet.

## **Sous-section 5 : La convention d'objectifs et de gestion.**

### **Article R611-18**

I. - La convention d'objectifs et de gestion mentionnée au I de l'article L. 611-7 précise :

1° Les objectifs liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion des risques, 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 ;



3° Les objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et de son organisation territoriale ;

4° Les objectifs de l'action sociale, de prévention et de lutte contre l'exclusion ;

5° Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et d'intervention ;

6° Le cas échéant, les conditions d'évolution du réseau des caisses de base.

La convention prévoit, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

Elle détermine également :

1° Les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de la 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. - Pour la branche maladie, la convention d'objectifs et de gestion mentionne notamment les orientations pluriannuelles de l'action du Gouvernement dans les domaines de la santé publique, de la démographie médicale, du médicament et de la lutte contre l'exclusion en matière d'accès aux soins. La convention comporte également un plan de contrôle des prestations servies.

La convention d'objectifs et de gestion définit des orientations pluriannuelles cohérentes avec celles mentionnées dans la branche maladie du régime général.

III. - Les conventions et, le cas échéant, les avenants qui les modifient sont transmis à la commission compétente de chaque assemblée mentionnée à l'article L. 111-9-1.

## **Article R611-19**

La convention d'objectifs et de gestion est signée pour le compte de la caisse nationale par le président du conseil d'administration et par le directeur général.

## **Article R611-20**

Les contrats pluriannuels de gestion mentionnés au II de l'article L. 611-7 sont signés pour le compte de la caisse nationale par le président du conseil d'administration et par le directeur général et, pour le compte de chacune des caisses de base du régime, par le président du conseil d'administration et par le directeur.

## **Section 3 : Caisses de base**

### **Sous-section 2 : Circonscriptions des caisses de base.**

#### **Article R611-21**

Les circonscriptions des caisses de base communes aux groupes professionnels des artisans, des industriels et commerçants et du groupe des professions libérales mentionnées au I de l'article L. 611-8 ainsi que des caisses de base communes à l'ensemble de ces groupes créées dans les départements d'outre-mer en application du dernier alinéa du I de l'article L. 611-12 sont fixées conformément à la liste présentée à l'annexe 2 du présent chapitre.

#### **Article R611-22**

La fusion de deux ou plusieurs caisses de base peut être opérée, après propositions concordantes de leurs conseils d'administration ou sur proposition de la caisse nationale, par un décret en Conseil d'Etat qui détermine la composition du conseil d'administration de la caisse résultant de la fusion, en fonction des effectifs respectifs des caisses fusionnées.

Les administrateurs ainsi désignés restent en fonction jusqu'au renouvellement général des conseils d'administration des caisses du régime social des indépendants.

### **Sous-section 3 : Composition et rôle du conseil d'administration.**

#### **Article R611-23**

Les caisses de base sont administrées par des conseils d'administration de 24, 30 ou 36 membres élus.

La composition des conseils d'administration de chacune des caisses mentionnées aux articles L. 611-8 et L. 611-12, définie en fonction du nombre de leurs ressortissants, ainsi que la répartition de leurs membres entre administrateurs actifs et retraités sont fixées à l'annexe 2 du présent chapitre.

#### **Article R611-24**

Outre les membres élus, siègent également au conseil d'administration avec voix consultative :

1° Un médecin et un pharmacien désignés par les organisations départementales ou régionales de l'ordre des médecins ou de l'ordre des pharmaciens ;

2° Un représentant de chacune des catégories d'organismes conventionnés mentionnés à l'article L. 611-20, nommé par arrêté du préfet de la région dans laquelle se trouve le siège de la caisse.

## **Article R611-25**

En application de l'article R. 611-24, le médecin et le pharmacien siégeant à titre consultatif dans les conseils d'administration des caisses de base sont désignés par les conseils départementaux de l'ordre des médecins et les conseils régionaux des pharmaciens dont la circonscription est comprise en tout ou partie dans celle des caisses de base.

Pour le conseil d'administration de la caisse provinciale des professions libérales, le médecin est désigné par le Conseil national de l'ordre des médecins et le pharmacien est désigné par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens.

Il est procédé à la désignation d'un nombre égal de suppléants.

## **Article R611-26**

Le conseil d'administration de la caisse de base a notamment pour rôle, sur proposition du directeur :

1° D'établir les statuts de la caisse et son règlement intérieur ;

2° D'approuver les budgets de gestion et d'intervention. Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, il approuve, sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres, les comptes annuels sur présentation du directeur et de l'agent comptable et au vu du rapport de validation prévu à l'article D. 114-4-2.

Le conseil délibère également sur :

1° La politique d'action sanitaire et sociale de l'assurance maladie et de l'action sociale de l'assurance vieillesse menée par la caisse dans le cadre des orientations définies par la caisse nationale ;

2° Les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers ;

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 au II de l'article L. 611-7.

Il contrôle l'application par le directeur et l'agent comptable des dispositions législatives et réglementaires ainsi que l'exécution de ses décisions.

Le conseil d'administration peut être saisi par le directeur de toute question relative au fonctionnement de la caisse.

## **Sous-section 4 : Fonctionnement.**

### **Article R611-27**

Les membres du conseil d'administration ayant voix délibérative élisent au sein du conseil, à bulletins secrets, un président et deux vice-présidents. Au premier et au deuxième tours de scrutin, l'élection a lieu à la majorité absolue des suffrages exprimés, exclusion faite des bulletins blancs ou nuls, et au troisième tour à la majorité relative des suffrages exprimés et, en cas de partage des voix, au bénéfice de l'âge.

La durée du mandat du président est fixée à six ans renouvelable une fois.

Le conseil d'administration peut constituer en son sein :

1° Un bureau comprenant au plus huit membres, dont le président et les deux vice-présidents du conseil d'administration ;

2° Des commissions auxquelles il peut déléguer une partie de ses attributions et des commissions consultatives ;

Le conseil d'administration se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président qui fixe l'ordre du jour de la séance.

Le service mentionné à l'article R. 155-1 reçoit notification des ordres du jour des séances du conseil.

La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 ou par le tiers des membres du conseil d'administration. Dans ce cas, la réunion intervient dans les vingt jours suivant la réception de la demande. Les questions dont le responsable du service mentionné ci-dessus ou le tiers des membres demandent l'inscription à l'ordre du jour sont inscrites de droit.

Le conseil d'administration ne peut valablement délibérer que si la majorité de ses membres ayant voix délibérative assistent à la séance. Si le quorum n'est pas atteint, le conseil d'administration est à nouveau convoqué avec le même ordre du jour dans un délai maximal de vingt jours et délibère

alors valablement quel que soit le nombre des membres présents. En cas d'empêchement, un membre du conseil peut donner délégation à un autre membre. Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Les délibérations du conseil d'administration sont adoptées à la majorité simple des membres présents et représentés.

Le conseil d'administration peut entendre toute personne ou organisation dont il estime l'audition utile à son information.

Le directeur et l'agent comptable ou leurs représentants assistent, avec voix consultative, aux séances du conseil d'administration ou des commissions ayant reçu délégation de celui-ci. Il en est de même du praticien-conseil chef de l'échelon régional du service du contrôle médical ou, le cas échéant, de son adjoint ou du médecin-conseil chef de service.

Un membre du service mentionné à l'article R. 155-1, ou son représentant, peut également assister au conseil et être entendu à chaque fois qu'il le demande.

## **Sous-section 5 : Elections.**

### **Article R611-28**

Les élections des membres des conseils d'administration des caisses de base ont lieu à la même date dans toutes les circonscriptions.

Cette date est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

La date des élections prévues à l'article R. 611-52 concernant une seule caisse de base est également fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les frais des élections sont à la charge de la caisse nationale.

### **Article R611-29**

Sous réserve des dispositions du deuxième alinéa du II de l'article R. 611-31, les élections ont lieu par caisse de base.

### **Article R611-30**

I. - Sont électeurs au conseil d'administration d'une caisse de base commune aux groupes professionnels des artisans, des industriels et commerçants :

- les assurés, bénéficiaires des prestations maladie et maternité ;
- les affiliés cotisants et retraités aux régimes d'assurances vieillesse, invalidité-décès des artisans, des industriels et commerçants ;
- les assurés volontaires.

II. - Sont électeurs aux conseils d'administration des caisses de base du groupe des professions libérales les assurés bénéficiaires des prestations maladies et maternité.

III. - Sont électeurs aux conseils d'administration des caisses de base des départements d'outre-mer les électeurs mentionnés au I et au II du présent article.

### **Article R611-31**

I. - Les membres des conseils d'administration des caisses de base sont élus au scrutin de liste, à la représentation proportionnelle, sans panachage ni vote préférentiel, suivant la règle de la plus forte moyenne.

Au cas où il ne reste qu'un seul siège à attribuer, si deux listes ont la même moyenne, le siège revient à la liste qui a obtenu le plus grand nombre de suffrages.

Si les deux listes en cause ont le même nombre de suffrages, le siège est attribué au plus âgé des deux candidats susceptibles d'être proclamés élus.

II. - Les membres du conseil d'administration de la caisse provinciale des professions libérales sont élus ainsi que leurs suppléants au scrutin uninominal ou plurinominal dans le cadre de circonscriptions regroupant une ou plusieurs régions conformément au tableau figurant en annexe 3 du présent chapitre.

### **Article R611-32**

Les élections sont organisées pour chaque caisse de base par une commission dite commission d'organisation électorale. Cette commission a son siège à la caisse de base.

### **Article R611-33**

La commission de l'organisation électorale comprend :

- 1° En tant que président, le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou son représentant, ce dernier pouvant être le directeur de la caisse de base ;
- 2° Deux membres du conseil d'administration de la caisse, en exercice et désignés par celui-ci ;
- 3° Quatre électeurs de la caisse choisis par le président de la commission ;
- 4° Un agent représentant la Caisse nationale du régime social des indépendants, qui peut être un agent de direction de la caisse de base désigné par le directeur général de la caisse nationale ;
- 5° Le représentant du directeur régional des services postaux.

Toutefois, en ce qui concerne les départements d'outre-mer, le nombre des membres du conseil d'administration en exercice est fixé à trois, ainsi que celui des électeurs désignés par le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou son représentant, ce dernier pouvant être le directeur de la caisse de base.

La date de la première réunion de la commission d'organisation électorale est fixée par le directeur de la caisse de base. Elle a lieu au plus tard à la date du dépôt des listes électorales.

### **Article R611-34**

La commission d'organisation électorale :

- 1° Détermine les sections de vote et fixe le siège des bureaux où les votes sont reçus ;
- 2° Etablit les listes électorales et statue sur les réclamations y afférentes ;
- 3° Reçoit et enregistre les candidatures ;
- 4° Contrôle la propagande électorale autre que celle organisée à l'échelon national ;
- 5° Diffuse les documents nécessaires à la campagne électorale et aux opérations de vote ;
- 6° Prend toutes mesures nécessaires à l'organisation des opérations électorales.

### **Article R611-35**

Le président de la commission d'organisation électorale peut instituer dans la circonscription d'une caisse de base une ou plusieurs sous-commissions d'organisation électorale dont il fixe le siège.

Les sous-commissions d'organisation électorale sont présidées par le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou son représentant, ce dernier pouvant être le directeur de la caisse de base. Elles comprennent :

- 1° Deux membres du conseil d'administration de la caisse, en exercice et désignés par celui-ci ;

2° Quatre électeurs de la caisse de base choisis par le président de la commission ;

3° Un agent représentant la Caisse nationale du régime social des indépendants, qui peut être un agent de direction de la caisse de base désigné par le directeur général de la caisse nationale.

Toutefois, en ce qui concerne les départements d'outre-mer, le nombre des membres du conseil d'administration en exercice est fixé à trois, ainsi que celui des électeurs désignés par le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou son représentant, ce dernier pouvant être le directeur de la caisse de base.

Les sous-commissions d'organisation électorale sont compétentes pour exercer les attributions mentionnées aux 2° et 5° de l'article R. 611-34.

## **Article R611-36**

Il est institué pour chaque caisse de base une commission de recensement des votes dont le siège est le même que celui de la commission d'organisation électorale.

La commission de recensement des votes comprend :

1° En tant que président, le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou son représentant, ce dernier pouvant être le directeur de la caisse de base ;

2° Les électeurs membres de la commission d'organisation électorale ;

3° Le représentant du directeur régional des services postaux.

La commission de recensement des votes totalise le nombre des suffrages obtenus par chaque liste ou chaque candidat et proclame les résultats.

Elle procède à tous contrôles et vérifications utiles.

## **Article R611-37**

Le secrétariat des commissions et sous-commissions d'organisation électorale et des commissions de recensement des votes est assuré par les caisses de base. Celles-ci mettent à la disposition des commissions et sous-commissions, sur demande de leur président, les moyens en personnel et en locaux.

Participent avec voix consultative aux travaux des commissions et sous-commissions d'organisation électorale et des commissions de recensement des votes les représentants des listes ou des candidats en présence. Chaque liste ou chaque candidat désigne et fait connaître au préfet un représentant quarante-cinq jours au plus tard avant la date du scrutin.



Plusieurs listes ou plusieurs candidats peuvent désigner un représentant commun.

Les commissions et sous-commissions d'organisation électorale sont constituées à la diligence du directeur de la caisse de base, dès publication de l'arrêté fixant la date des élections, pour les premières, et pour les secondes, dès la décision les instituant.

### **Article R611-38**

Les listes électorales sont déposées soixante jours au plus tard avant la date du scrutin.

Les listes électorales sont divisées en deux parties, l'une comportant les actifs ou cotisants, l'autre les retraités. L'ensemble des électeurs appartenant aux groupes professionnels des artisans, des industriels et commerçants forme un collège électoral unique.

La commission d'organisation électorale peut décider d'établir des listes par section de vote.

### **Article R611-39**

La commission d'organisation électorale procède aux inscriptions sur les listes électorales, dans les conditions fixées à l'article R. 611-38.

Les conditions d'inscription sont appréciées au premier jour du semestre civil précédent celui de l'élection.

Les listes électorales sont aussitôt après leur établissement déposées au siège de la commission d'organisation électorale. Avis du dépôt est donné, avec indication de la date de celui-ci, par voie d'affichage et de presse.

### **Article R611-40**

Dans les six jours qui suivent la dernière des deux dates mentionnées au dernier alinéa de l'article R. 611-39 toute personne mentionnée à l'article R. 611-30 peut demander la rectification de la liste.

Le même droit appartient au directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants.

La réclamation est adressée à la commission d'organisation électorale compétente. Celle-ci statue dans un délai de deux jours. Ses décisions sont notifiées aux intéressés dans un délai de trois jours par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Dans les trois jours qui suivent la date de réception de la notification, la décision de la commission d'organisation électorale peut être frappée de recours devant le tribunal d'instance dans le ressort

duquel le réclamant a son domicile. Le recours formé par le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants est porté devant le tribunal dans le ressort duquel est situé le siège de la caisse de base.

Le recours devant le tribunal d'instance est présenté dans les formes prévues à l'article R. 13, alinéa 1, du code électoral. Le tribunal statue dans les huit jours sans frais ni forme de procédure sur simple avertissement donné trois jours à l'avance à toutes les parties intéressées. Le pourvoi est formé et jugé selon les formes prévues aux articles R. 15-1 à R. 15-7 du code électoral.

## **Article R611-41**

Les listes de candidats à élire au scrutin de liste sont divisées en deux parties comportant, l'une les candidats artisans, l'autre les candidats commerçants. Pour chacune de ces parties, les candidatures des actifs-cotisants et les candidatures des retraités sont présentées séparément.

Chaque liste doit comporter au moins un candidat actif-cotisant ou un candidat retraité par département de la circonscription de la caisse.

Le nombre de candidats de chacune de ces deux parties doit être égal à trois s'il n'y a qu'un administrateur à élire et, dans les autres cas, chacune des deux parties de la liste doit être égale à une fois et demie au moins et deux fois au plus le nombre d'administrateurs à élire, le résultat étant arrondi, le cas échéant, à l'unité supérieure.

Nul ne peut figurer sur plusieurs listes ou être candidat dans plusieurs circonscriptions.

Nul ne peut figurer comme suppléant sur plusieurs déclarations de candidature, ni être à la fois candidat et suppléant d'un autre candidat.

## **Article R611-42**

Les listes de candidats et leur profession de foi sont déposées au siège de la commission d'organisation électorale au plus tard le quarantième jour avant le scrutin avant 19 heures. Un récépissé est délivré au déposant.

Si le quarantième jour tombe un jour non ouvrable, le dépôt est recevable jusqu'au premier jour ouvrable inclus qui suit.

Les candidats titulaires et les suppléants sont tenus de faire une déclaration revêtue de leur signature, énonçant leurs noms, prénoms, domicile, profession, date de naissance et leur rang d'inscription sur la liste.

## **Article R611-43**

La commission d'organisation électorale refuse l'enregistrement de toute liste ou de toute candidature individuelle, lorsque ne se trouvent pas respectées les dispositions des articles R. 611-41 et R. 611-42.

La décision de refus d'enregistrement d'une liste ou la décision de radiation d'un candidat doit être motivée. Elle est notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au plus tard trente-huit jours avant la date de l'élection aux candidats placés en tête de chaque partie de liste dans le premier cas et à l'intéressé dans le second cas.

Le refus d'enregistrement peut être contesté dans les trois jours de sa notification au candidat tête de liste ou au candidat individuel et à son suppléant devant le tribunal d'instance dans le ressort duquel se trouve le siège de la commission d'organisation électorale.

Le juge d'instance statue dans un délai de huit jours.

La décision du juge d'instance n'est pas susceptible d'opposition.

### **Article R611-44**

La commission d'organisation électorale demande au juge d'instance dans le ressort duquel se trouve le siège de la caisse de prononcer la radiation de l'inscription de candidats inéligibles et d'opposer un refus d'enregistrement à toute liste ne comportant plus de ce fait le nombre minimal de candidats prévus à l'article R. 611-41. Les dispositions des quatrième et cinquième alinéas de l'article R. 611-43 sont applicables au juge d'instance.

### **Article R611-45**

La campagne électorale s'ouvre le quatorzième jour précédant la date du scrutin et est close le deuxième jour précédant cette date.

#### **Article R611-45-1**

Pour assurer l'égalité de moyens aux listes et candidats en présence, il est interdit à quiconque d'imprimer, de faire imprimer et d'utiliser sous quelque forme que ce soit des professions de foi, affiches et bulletins de vote en dehors des conditions fixées à l'article R. 611-45-2.

Il est interdit d'utiliser des documents autres que ceux prévus par l'article R. 611-45-2.

#### **Article R611-45-2**

Les professions de foi et bulletins de vote sont imprimés aux frais avancés par la caisse nationale, à la diligence de celle-ci et selon des modalités qu'elle fixe.

Les affiches sont imprimées à la diligence des candidats par l'imprimeur de leur choix, au vu d'une autorisation de la commission d'organisation électorale. Celle-ci fixe de la même manière pour tous les candidats le nombre d'exemplaires, les formats et la qualité du papier de ces documents.

L'autorisation d'impression des professions de foi et des affiches est délivrée par la commission d'organisation électorale vingt-quatre jours au moins avant la date des élections.

La commission d'organisation électorale envoie les professions de foi et instruments de vote aux électeurs sept jours au moins avant la date de l'élection.

### **Article R611-45-3**

Le coût du papier et les frais d'impression des affiches sont remboursés par la caisse de base, sur instruction de la commission d'organisation électorale, aux listes de candidats ou aux candidats ayant obtenu au moins 10 % des suffrages exprimés ou au moins un siège, dans la limite d'un tarif établi par la commission d'organisation électorale et porté à la connaissance des intéressés lors de la remise de l'autorisation de commande.

Les listes de candidats ou les candidats ayant obtenu moins de 10 % des suffrages exprimés et n'ayant pas obtenu de siège devront, sur instruction de la commission d'organisation électorale, rembourser à la caisse nationale les frais d'impression des professions de foi, sur la base du montant correspondant au rapport entre le nombre d'électeurs dans la circonscription et le coût unitaire d'impression de la profession de foi tel que facturé par le prestataire choisi par la caisse nationale.

### **Article R611-45-4**

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe le contenu du matériel de vote et le format des professions de foi.

### **Article R611-46**

Le vote a lieu par correspondance.

L'étiquette autocollante à codes à barres identifiant soit la liste de candidats, soit le ou les candidats de son choix est collée par l'électeur sur l'emplacement prévu à cet effet sur le bulletin de vote.

Le vote doit être remis au service postal au plus tard le jour de l'élection. L'envoi postal est accepté avec dispense d'affranchissement. Tout envoi postérieur à la date de l'élection (le cachet de la poste faisant foi) n'entre en compte ni pour le recensement ni pour le dépouillement des votes.

### **Article R611-47**

Les votes sont reçus au siège de la commission de recensement des votes. Ils y sont classés et conservés dans un local clos, sous la responsabilité du président de la commission de recensement des votes.

Le dépouillement a lieu le quatrième jour suivant la date des élections.

Les opérations de dépouillement commencent à huit heures du matin et se poursuivent sans désemparer jusqu'à leur achèvement.

Le dépouillement est fait publiquement, sous la responsabilité de la commission de recensement des votes, par des bureaux de dépouillement comprenant au moins quatre scrutateurs ou, en ce qui concerne les élections qui ont eu lieu dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, au moins trois scrutateurs désignés comme il est dit ci-après.

La commission de recensement des votes invite les candidats à lui adresser sept jours au plus tard avant la date de l'élection une liste d'électeurs, dont le nombre est fixé par la commission en fonction du nombre d'électeurs inscrits. Les scrutateurs sont choisis par la commission de recensement des votes, le cas échéant par tirage au sort, parmi les personnes figurant sur ces listes et les électeurs qui se sont inscrits auprès de la commission de recensement des votes pour participer aux opérations. A défaut d'un nombre suffisant de scrutateurs, le président de la commission désigne des agents de la caisse ou des administrations publiques pour compléter les bureaux de dépouillement.

### **Article R611-47-1**

L'émargement des électeurs et le dépouillement des votes s'effectuent par un dispositif électronique de lecture optique de codes à barres permettant le recensement des votes et l'expression du suffrage.

Les supports comportant les codes à barres sont conçus de manière à assurer leur inaltérabilité.

Le dispositif assure un traitement automatisé et séparé des données qui empêche tout lien entre l'identité de l'électeur et l'expression de son vote et garantit le secret du vote, sa confidentialité et sa sincérité. Un expert inscrit sur la liste établie par la Cour de cassation ou un expert inscrit sur les listes établies par les cours d'appel est désigné par la caisse nationale afin de vérifier, avant l'élection, que le système informatique qui sera utilisé respecte les dispositions du présent article. Le rapport de l'expert est communiqué à la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Un test du système de décompte électronique est organisé par la commission de recensement des votes avant l'ouverture du scrutin afin de constater son bon fonctionnement ainsi que la présence du dispositif de scellement.

En cas de recours à un prestataire extérieur, le cahier des charges doit respecter les dispositions du présent article.

### **Article R611-47-2**

Les données à caractère personnel relatives à chaque électeur nécessaires au traitement automatisé sont :

1° Le nom de famille ;

- 2° Le ou les prénoms ;
- 3° La date de naissance ;
- 4° L'adresse de sa résidence principale ;
- 5° La caisse de rattachement ;
- 6° Le groupe professionnel auquel il appartient ;
- 7° La qualité d'actif cotisant ou de retraité.

Les droits d'accès et de rectification des données personnelles faisant l'objet du traitement automatisé fixés par les articles 39 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'exercent auprès de la commission d'organisation électorale mentionnée à l'article R. 611-34.

### **Article R611-47-3**

Les opérations d'émargement et de dépouillement sont réalisées sous le contrôle de la commission de recensement des votes assistée, s'il y a lieu, de l'expert informatique désigné.

Le système de décompte électronique des votes est verrouillé après la décision de clôture du dépouillement prise par la commission de recensement des votes.

### **Article R611-47-4**

Sont comptabilisés comme nuls et n'entrent pas en compte dans les résultats de l'élection :

- 1° Les bulletins de vote comportant des codes à barres autres que ceux fournis par la commission d'organisation électorale ;
- 2° Les bulletins de vote comportant un nombre de codes à barres supérieur à celui à apposer pour identifier soit la liste, soit le ou les candidats à élire ;
- 3° Les bulletins de vote ou codes à barres détériorés empêchant tout traitement du vote ;
- 4° Les bulletins de vote comportant des codes à barres rayés ;
- 5° Les bulletins de vote comportant une mention, un signe distinctif ou une modification ;
- 6° Les bulletins de vote multiples adressés par un même électeur ;
- 7° Les bulletins de vote parvenus sans code à barres identifiant soit la liste, soit le ou les candidats à élire.

Les bulletins de vote considérés comme des bulletins de vote nuls font l'objet d'une annexion au procès-verbal des opérations électorales.

Les votes parvenus au service postal après la date de l'élection, le cachet de la poste faisant foi, sont mis à part sans être traités et sans que le nom des électeurs dont ils émanent soit émargé sur les listes électorales.

### **Article R611-48**

Les dispositions du premier alinéa de l'article R. 47 et des articles R. 52, R. 66, R. 67, à l'exception de son dernier alinéa, et R. 68 du code électoral sont applicables à ces élections, les pouvoirs conférés par ces dispositions au bureau de vote sont exercés par la commission de recensement des votes.

La commission de recensement des votes totalise le nombre de suffrages obtenus par chaque liste ou candidat, détermine le quotient électoral, calcule le nombre de sièges obtenus par chaque liste et proclame les résultats.

En cas de scrutin uninominal, elle proclame élu le ou les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix. En cas d'égalité des suffrages, le candidat le plus âgé est déclaré élu.

Elle établit sans délai le procès-verbal des opérations auxquelles elle a procédé. Ce procès-verbal est affiché aux sièges de la commission de recensement des votes de la caisse de base. L'original de ce procès-verbal est remis au directeur de la caisse de base et conservé par celui-ci avec les archives de la commission de recensement des votes.

### **Article R611-48-1**

Les décomptes des votes font l'objet d'une édition sécurisée pour être portés au procès-verbal de l'élection.

La liste d'émargement comporte uniquement l'identité des électeurs ainsi que la mention attestant leur participation au vote. Elle est enregistrée sur un support scellé, non réinscriptible, rendant ainsi son contenu inaltérable et probant.

### **Article R611-48-2**

Les bulletins de vote ainsi que les données contenues dans les systèmes d'identification mentionnés à l'article R. 611-47-1 sont conservés sous scellés sous le contrôle de la commission de recensement des votes jusqu'à l'expiration des délais de recours contentieux ou jusqu'à l'intervention d'une décision juridictionnelle devenue définitive. Ils sont détruits à l'expiration de ces délais.

Ces opérations sont décidées et réalisées sous le contrôle du président de la commission de recensement des votes.

### **Article R611-49**

Les réclamations contre les résultats des élections sont portées dans les dix jours suivant leur proclamation devant le tribunal d'instance dans le ressort duquel se trouve le siège de la commission de recensement. Elles sont introduites par simple déclaration au greffe.

La réclamation peut être portée par tout électeur ou candidat ainsi que par le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants.

Le tribunal statue dans les trente jours de l'enregistrement de la réclamation sans forme de procédure, sur simple avertissement donné trois jours à l'avance à toutes les parties intéressées.

La décision du tribunal est rendue en dernier ressort. Elle est notifiée aux parties intéressées par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La décision du tribunal est susceptible de pourvoi en cassation. Le pourvoi est formé, instruit et jugé selon les formes prévues aux articles R. 15-1 à R. 15-6 du code électoral.

## **Article R611-50**

Sera puni des peines prévues pour les contraventions de la 5e classe :

1° Quiconque aura enfreint les dispositions du deuxième alinéa de l'article R. 611-45 ;

2° Quiconque aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte à la sécurité et au secret des votes pendant les opérations définies au premier alinéa de l'article R. 611-47 ;

3° Quiconque aura commis l'une ou l'autre des infractions définies aux articles L. 50, L. 61, L. 86, L. 87, L. 88, L. 90, à l'exception des deux derniers alinéas, L. 92, L. 93, L. 94, L. 97, L. 103, L. 104, L. 106, L. 107, L. 108, du premier alinéa de l'article L. 113, du premier alinéa de l'article L. 116 et de l'article R. 95 du code électoral, à l'occasion des élections des membres des conseils d'administration des caisses de base.

## **Article R611-51**

Lorsqu'un siège d'un membre du conseil d'administration élu au scrutin de liste devient vacant, il est pourvu à la vacance en faisant appel au candidat venant en rang utile sur la liste de l'ancien titulaire pour achever le mandat de celui-ci.

Lorsque cette liste est épuisée, il n'est pas procédé au remplacement des administrateurs qui y figuraient.

Lorsqu'un siège de membre du conseil d'administration d'une caisse du groupe des professions libérales nommé ou élu au scrutin uninominal devient vacant, il est pourvu par le suppléant de ce membre, qui achève le mandat du titulaire qu'il remplace.

Lorsque les dispositions des deux alinéas qui précèdent ne peuvent recevoir application, il est procédé sans délai, dans les conditions prévues par l'article R. 611-31, à l'élection d'un nouveau membre qui achève le mandat de son prédécesseur. Toutefois, il n'y a pas lieu à élection si la vacance survient moins d'un an avant un renouvellement général.



## **Article R611-52**

Lorsqu'un conseil d'administration a été dissous ou que le nombre de ses membres élus représentant les assurés se trouve, après épuisement de la liste, réduit, par suite de décès, démission ou déchéance, de plus de la moitié, il est procédé à de nouvelles élections, totales ou partielles suivant le cas, dans un délai de quatre mois. Il n'y a pas lieu à de nouvelles élections lorsqu'un renouvellement général doit intervenir dans moins de six mois.

Les nouveaux membres élus achèvent le mandat de leurs prédécesseurs.

## **Sous-section 6 : Directeur, agent comptable et autres agents de direction.**

### **Article R611-53**

Les fonctions de directeur et d'agent comptable ne peuvent être confiées qu'à des personnes majeures, jouissant de leurs droits civils et civiques, et n'ayant pas fait l'objet de condamnations ou de sanctions prévues à l'article 1er de la loi n° 47-1635 du 30 août 1947 modifiée.

### **Article R611-56**

Au vu de l'avis de la section du comité des carrières des agents de direction, le directeur général de la caisse nationale établit la liste de trois noms prévue au deuxième alinéa du I de l'article L. 611-14 parmi les candidatures recevables transmises par le secrétaire de la section du comité des carrières. Cette liste est adressée par le directeur général de la caisse nationale, dans un délai de huit jours à compter de la réception des avis du comité des carrières, au président du conseil d'administration de l'organisme dont le poste est à pourvoir.

Le directeur général de la caisse nationale informe chaque candidat de la présence ou de l'absence de son nom sur la liste.

Les trois candidats sont entendus par le président et au moins un vice-président du conseil d'administration. Le conseil d'administration dispose d'un délai d'un mois pour notifier le nom du candidat de son choix au directeur général de la caisse nationale, qui procède alors à la nomination.

Le secrétariat de la section du comité des carrières des agents de direction communique aux candidats, sur leur demande et chacun pour ce qui le concerne, les avis motivés de la section du comité.

## **Article R611-57**

Le directeur général de la caisse nationale qui envisage, pour un motif tiré de l'intérêt du service, de prendre une décision de cessation de fonction d'un directeur ou d'un agent comptable d'une caisse de base, en application du II de l'article L. 611-14, recueille préalablement l'avis du président du conseil d'administration de la caisse intéressée et en informe le service mentionné à l'article R. 155-1 ainsi que le président du conseil d'administration de la caisse nationale.

Il convoque l'intéressé à un entretien par lettre recommandée avec demande d'avis de réception indiquant l'objet de la convocation en lui précisant qu'il peut se faire assister par une personne de son choix. Cet entretien ne peut avoir lieu moins de dix jours après la notification de cette lettre. Au cours de cet entretien, le directeur général informe l'intéressé de la décision envisagée et recueille ses observations.

Après avoir pris connaissance des avis demandés, et au plus tard dans les quinze jours suivant l'entretien, le directeur général notifie sa décision motivée de cessation de fonctions à l'agent concerné, au président du conseil d'administration de la caisse de base ainsi qu'au service mentionné à l'article R. 155-1.

Jusqu'à son reclassement dans un organisme de sécurité sociale, dans les conditions prévues par la convention collective, l'intéressé est rattaché pour sa gestion, pour une période qui ne saurait excéder six mois, à la caisse nationale. Durant cette période, il se voit confier par la caisse nationale une mission correspondant à sa qualification et à ses compétences. Il peut effectuer cette mission au sein d'une caisse de base. Il bénéficie durant cette période du maintien de l'ensemble des éléments de la rémunération qu'il percevait dans ses fonctions précédentes. Il lui est fait application des dispositions prévues par la convention collective pour sa nomination dans son nouveau poste.

## **Article R611-58**

Le conseil d'administration ou le directeur général de la caisse nationale peut proposer au ministre chargé de la sécurité sociale le retrait d'agrément d'un agent de direction ou de l'agent comptable d'une caisse prévu à l'article R. 123-50.

## **Article R611-59**

L'agent comptable est placé sous l'autorité administrative du directeur.

L'agent comptable est chargé, sous sa propre responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, de l'ensemble des opérations comptables et financières de la caisse.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, les comptes annuels de la caisse sont établis par l'agent comptable et arrêtés par le directeur. Les comptes annuels sont ensuite présentés par le

directeur et l'agent comptable au conseil d'administration qui les approuve, sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres, au vu du rapport de validation prévu à l'article D. 114-4-2.

Toute décision individuelle prise en matière de gestion du personnel est communiquée à l'agent comptable qui porte mention de la disponibilité des crédits correspondants et de sa conformité aux autorisations budgétaires.

## **Sous-section 7 : Dispositions communes aux caisses de base.**

### **Article R611-61**

Les personnes qui relèvent des branches et régimes mentionnés à l'article L. 611-2 sont affiliées par la caisse de base dans la circonscription de laquelle est située leur résidence principale.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales peut apporter à la règle énoncée ci-dessus des dérogations motivées par l'état de santé ou la nature des activités des assurés ou par leur résidence hors de France.

### **Article R611-62**

Les dispositions des articles R. 151-1 à R. 151-4, R. 153-8, R. 153-9, R. 281-1 à R. 281-4 et R. 281-7 sont applicables aux caisses de base.

Pour l'application aux caisses de base des dispositions des articles L. 151-1 et R. 151-1, la Caisse nationale est la caisse nationale du régime social des indépendants.

Les dispositions de l'article R. 151-3 sont applicables aux décisions prises par le directeur d'une caisse de base agissant soit par délégation du conseil d'administration, soit en vertu de ses pouvoirs propres. Ces dispositions sont également applicables aux décisions de même nature prises par les agents auxquels le directeur a donné délégation, conformément aux dispositions en vigueur, ou par l'agent chargé de l'intérim des fonctions de directeur.

## **Section 4 : Contrôle**

### **Sous-section 2 : Les praticiens-conseils et le personnel du contrôle médical.**

### **Article R611-63**

Le médecin-conseil national anime, contrôle et coordonne les services médicaux des caisses de base.

Le médecin-conseil national est nommé par le directeur général de la caisse nationale après avis du conseil d'administration.

Il est assisté au plus de deux médecins-conseils nationaux adjoints et éventuellement de praticiens-conseils auxquels il peut confier certaines attributions d'ordre technique.

Les médecins-conseils nationaux adjoints et les praticiens-conseils du service médical national sont nommés par le directeur général de la caisse nationale, sur proposition du médecin-conseil national et après avis du conseil d'administration.

### **Article R611-63-1**

Le service du contrôle médical régional de chaque caisse de base est placé sous l'autorité d'un médecin-conseil régional, assisté, le cas échéant, d'un médecin-conseil régional adjoint.

Dans les caisses de base comportant moins de 60 000 ressortissants, le service du contrôle médical peut être placé sous l'autorité d'un médecin-conseil régional adjoint ou d'un médecin-conseil chef de service.

Le médecin-conseil régional et le médecin-conseil régional adjoint sont nommés par le conseil d'administration de la caisse de base. Ils sont choisis sur une liste de trois noms établie par le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants, après avis du médecin-conseil national, à partir des candidatures ayant reçu un avis favorable du comité des carrières prévu à l'article R. 123-47-6.

Les praticiens-conseils chefs de service sont choisis sur une liste d'aptitude. Ils sont nommés par le conseil d'administration de la caisse de base, sur proposition du médecin-conseil régional et après avis du directeur de la caisse de base et du médecin-conseil national.

Les modalités d'inscription sur la liste d'aptitude mentionnée au premier alinéa sont précisées par la convention collective nationale des praticiens-conseils.

Les praticiens-conseils reçus aux concours organisés dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale sont nommés par le conseil d'administration de la caisse de base concernée, sur proposition du médecin-conseil régional et après avis du directeur de la caisse de base.

Il peut être fait appel dans des conditions définies par la caisse nationale au concours occasionnel ou permanent de praticiens qui ne sont pas soumis aux dispositions de la convention collective.

Par dérogation aux dispositions du quatrième alinéa du présent article, le-conseil d'administration de la caisse de base peut nommer aux postes de praticiens-conseils du service du contrôle médical de la caisse des praticiens-conseils exerçant auparavant dans le service du contrôle médical d'autres régimes de sécurité sociale. Cette nomination tient compte notamment du parcours professionnel des praticiens-conseils concernés.

L'article R. 315-7 est applicable aux praticiens-conseils des caisses du régime social des indépendants.

### **Article R611-64**

Le médecin-conseil régional dirige le service du contrôle médical placé sous son autorité, compte tenu des directives de la caisse nationale.

Il est le conseiller de la caisse pour toutes les questions d'ordre médical, notamment en matière de prévention et d'action sanitaire et sociale.

Il est associé à l'élaboration de la partie du budget relative au service du contrôle médical.

Il est consulté sur les projets de construction et d'aménagement qui intéressent le service du contrôle médical.

### **Article R611-65**

Le médecin-conseil régional présente chaque année un rapport d'activité du service du contrôle médical au conseil d'administration de la caisse de base. Ce rapport, auquel sont éventuellement jointes les observations faites par la caisse de base, est ensuite adressé à la caisse nationale et au directeur général de l'agence régionale de santé.

### **Article R611-66**

Le médecin-conseil régional ou, le cas échéant, le médecin-conseil régional adjoint ou le médecin-conseil chef de service sont invités à assister aux séances du conseil d'administration de la caisse de base, de la commission de recours amiable, de la commission sanitaire et sociale ainsi que de toute commission dans laquelle sont traités des sujets ayant un aspect médical. Ils ne peuvent toutefois assister aux séances du conseil d'administration, lorsque celui-ci délibère sur leur situation.

### **Article R611-67**

Le personnel administratif du service du contrôle médical est soumis aux mêmes conditions de travail et de rémunération que le personnel des autres services de la caisse de base. Les décisions individuelles concernant le personnel administratif du service du contrôle médical, y compris celles relatives au recrutement, sont prises après avis du médecin-conseil régional.

## **Section 5 : Dispositions communes à la caisse nationale et aux caisses de base**

### **Article R611-68**

I. - Les dispositions des articles R. 217-1 à R. 217-3, R. 281-1 à R. 281-3, R. 281-4, R. 281-7 sont applicables aux organismes de sécurité sociale créés par le présent titre.

II. - Le ministre chargé de la sécurité sociale peut faire procéder au contrôle sur place de la caisse nationale et des caisses de base.

Le contrôle est exercé par les membres de l'inspection générale des affaires sociales pour la caisse nationale et par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 pour les caisses de base.

Le ministre chargé du budget peut faire procéder aux mêmes vérifications par l'inspection générale des finances et les comptables supérieurs du Trésor.

Les caisses sont tenues de communiquer aux fonctionnaires et agents chargés du contrôle sur place leurs documents administratifs et pièces comptables de toute nature.

III. - Le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé du budget et le ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales sont habilités à faire procéder à toutes enquêtes auprès de la caisse nationale et des caisses de base par les membres de l'inspection générale des affaires sociales, de l'inspection générale des finances et le service du contrôle général économique et financier.

IV. - Les fonctions d'administrateurs sont gratuites. Toutefois, ceux-ci ont droit au remboursement des frais de déplacement et de séjour motivés par l'exercice de leur mandat. Une indemnité forfaitaire peut en outre leur être allouée pour tenir compte de la réduction d'activité professionnelle nécessitée par l'exercice des fonctions d'administrateur.

Les modalités de remboursement des frais de déplacement et de séjour ainsi que le montant maximum de l'indemnité forfaitaire sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

V. - Les administrateurs qui ne respectent pas les dispositions de l'article L. 231-6-1, à l'exception du 5° (a), deuxième alinéa, perdent le bénéfice de leur mandat.

## **Section 6 : Organisation financière et comptable**

### **Sous-section 1 : Le régime financier.**

#### **Article R611-69**

La Caisse nationale du régime social des indépendants assure au sein des branches et des régimes mentionnés à l'article L. 611-2, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 611-7 :

1° Le service des prestations de chaque branche et de chaque régime ;

2° La gestion des budgets mentionnés au 5° de l'article R. 611-18.

#### **Article R611-70**

La caisse nationale distingue au sein de ses comptes les sections suivantes :

1° Pour la branche maladie mentionnée au 1° de l'article L. 611-2 et le régime mentionné à l'article L. 613-20 :

a) Une section retraçant la part des dépenses et des recettes de la branche afférentes au service des prestations de base versées aux personnes mentionnées aux articles L. 613-14, L. 613-19, L. 613-19-1 et L. 613-19-2, ainsi qu'à l'expertise médicale, au contrôle médical, à l'action sociale et à la promotion d'actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ;

b) Une section retraçant la part des dépenses et des recettes de la branche afférentes au service des prestations supplémentaires mentionnées à l'article L. 613-20 ;

2° Pour la branche vieillesse mentionnée au 2° de l'article L. 611-2 et les régimes mentionnés aux articles L. 635-1 et L. 635-5 :

a) Une section retraçant la part des dépenses et des recettes de la branche afférentes au service des prestations de base mentionnées au chapitre IV du titre III du présent livre au profit des professions artisanales ainsi qu'à l'action sociale ;

b) Une section retraçant la part des dépenses et des recettes afférentes au service des prestations du régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse mentionné à l'article L. 635-1 au profit des professions artisanales ainsi qu'à l'action sociale ;

c) Une section retraçant la part des dépenses et des recettes afférentes au service des prestations du régime d'assurance invalidité-décès mentionné à l'article L. 635-5 au profit des professions artisanales ainsi qu'à l'action sociale ;

3° Pour la branche vieillesse mentionnée au 3° de l'article L. 611-2 et aux régimes mentionnés aux articles L. 635-1 et L. 635-5 :

a) Une section retraçant la part des dépenses et des recettes afférentes au service des prestations d'assurance vieillesse de base mentionnées au chapitre IV du titre III du présent livre au profit des professions industrielles et commerciales ainsi qu'à l'action sociale ;

b) Une section retraçant la part des dépenses et des recettes afférentes au service des prestations du régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse mentionné à l'article L. 635-1 au profit des professions industrielles et commerciales ainsi qu'à l'action sociale ;

c) Une section retraçant la part des dépenses et des recettes afférentes au service des prestations du régime d'assurance invalidité-décès mentionné à l'article L. 635-5 au profit des professions industrielles et commerciales ainsi qu'à l'action sociale.

## **Article R611-71**

I.-Les ressources de la branche maladie mentionnée au 1° de l'article L. 611-2, retracées dans la section décrite au a du 1° de l'article R. 611-70, sont constituées par :

1° Le produit des cotisations de base et des contributions des assurés du régime de base, ainsi que les majorations et pénalités de retard ;

2° Le produit des cotisations des assurés de l'assurance volontaire ;

3° Une fraction du produit de la contribution sociale de solidarité instituée par l'article L. 651-1 ;

4° Le produit des versements effectués au titre de la compensation instituée par l'article L. 134-1 ;

5° Une part des produits financiers résultant de la gestion centralisée de la trésorerie par la caisse nationale ;

6° Le produit des remboursements des dépenses de prestations perçus par les caisses de base en application de l'article L. 376-1 ;

7° Les dons et legs ;

8° Toute autre recette instituée par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur.

II.-Les dépenses de la branche maladie mentionnée au 1° de l'article L. 611-2, retracées dans la section décrite au a du 1° de l'article R. 611-70, sont constituées par :

1° Les dotations et, éventuellement, les subventions et avances versées aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8 pour le service des prestations maladie et maternité, ainsi que les charges diverses en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;



2° La part des charges de fonctionnement y compris les remises de gestion versées aux organismes conventionnés, des dépenses en capital ainsi que des dépenses d'intervention des budgets mentionnés au 5° de l'article R. 611-18 versées à la caisse nationale et aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8 pour le service des prestations de base mentionnées au a du 1° de l'article R. 611-70 ;

3° Le montant des versements effectués au titre de la compensation instituée par l'article L. 134-1 ;

4° Une part des charges financières résultant de la gestion centralisée de la trésorerie par la caisse nationale ;

5° Toute autre charge instituée en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

## **Article R611-72**

I. - Les ressources du régime mentionné à l'article L. 613-20, retracées dans la section décrite au b du 1° de l'article R. 611-70, sont constituées par :

1° Le produit des cotisations supplémentaires des assurés, ainsi que les majorations et pénalités de retard ;

2° Le produit des remboursements des dépenses de prestations supplémentaires perçus par les caisses de base en application de l'article L. 376-1 ;

3° Les produits financiers ;

4° Les dons et legs ;

5° Toute autre recette instituée par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur.

II. - Les dépenses du régime mentionné à l'article L. 613-20, retracées dans la section décrite au b du 1° de l'article R. 611-70, sont constituées par :

1° Les dotations et, éventuellement, les subventions et avances versées aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8 pour le service des prestations supplémentaires ;

2° La part des charges de fonctionnement et des dépenses en capital des budgets mentionnés au 5° de l'article R. 611-18 versées à la caisse nationale et aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8, au titre du service des prestations supplémentaires ;

3° Toute autre charge instituée en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

### **Article R611-73**

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe la clé de répartition des charges de fonctionnement et des dépenses en capital des budgets de gestion et, le cas échéant, des budgets d'intervention mentionnés au 5° du I de l'article R. 611-18 entre les différentes sections mentionnées aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 611-70.

### **Article R611-74**

Les excédents de chaque branche et régime gérés par le régime social des indépendants ne peuvent compenser les déficits des autres branches et des autres régimes.

Les excédents d'une des sections mentionnées aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 611-70 ne peuvent compenser les déficits d'une autre section.

### **Article R611-75**

Le résultat d'une branche ou d'un régime mentionnés à l'article L. 611-2 est viré en report à nouveau ou en réserve de cette branche ou de ce régime, avec une ventilation entre les sections définies aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 611-70.

### **Article R611-76**

Les ressources de chaque branche ou régime mentionnés à l'article L. 611-2 sont collectées et centralisées par la caisse nationale.

La caisse nationale assure un suivi individualisé et permanent de chaque branche et de chaque régime, en prévisions et en réalisations comptables.

### **Article R611-77**

I. - Les circuits financiers du régime social des indépendants sont organisés de façon à garantir l'étanchéité entre les flux relatifs aux encaissements et ceux relatifs aux prestations et autres dépenses.

II. - Les encaissements effectués par chaque caisse de base alimentent sans délai les comptes financiers ouverts par la caisse nationale pour chaque branche ou régime mentionnés à l'article L. 611-2.

Les encaissements sont répartis par la caisse nationale entre le régime de base et les régimes complémentaires.

Les encaissements afférents au régime de base sont virés sur le compte financier unique de la caisse nationale.

III. - Afin de permettre aux caisses de base d'assurer le paiement de leurs dépenses, la caisse nationale alimente leurs comptes financiers en fonction de leurs besoins de trésorerie.

IV. - Les relations entre la caisse nationale et les établissements financiers sont régies par le principe de libre concurrence.

V. - Les excédents de trésorerie constatés sur l'ensemble des branches et régimes mentionnés à l'article L. 611-2 font l'objet de placements.

Le placement des excédents de trésorerie relatifs aux branches mentionnés à l'article L. 611-2 est effectué dans le cadre de la gestion centralisée de la trésorerie. Les produits et charges financiers correspondants sont répartis entre les branches par la caisse nationale.

Les excédents de trésorerie relatifs aux régimes mentionnés à l'article L. 611-2 font l'objet de placements spécifiques. Les produits et charges financiers correspondants sont affectés à chacun des régimes concernés.

VI. - Les dispositions du présent article sont précisées par décret.

## **Sous-section 2 : Les règles comptables.**

### **Article R611-78**

L'agent comptable de la caisse nationale centralise les comptes annuels des caisses de base afin d'établir les comptes combinés annuels du régime social des indépendants.

Les comptes annuels et les comptes combinés annuels comprennent :

1° Un compte de résultat qui récapitule les charges et les produits de chaque branche et de chaque régime mentionnés à l'article L. 611-2 ;

2° Un bilan qui décrit séparément les éléments d'actifs et de passif de chacune de ces branches et de chacun de ces régimes ;

3° Une annexe qui complète et commente l'information donnée par le bilan et le compte de résultat.

Les dispositions du présent article sont précisées par décret.

## **Section 7 : Organismes conventionnés.**

### **Article R611-79**

I.-La Caisse nationale du régime social des indépendants conclut une convention avec les organismes mentionnés à l'article L. 611-20 auxquels elle entend confier le soin d'effectuer, pour le compte des caisses de base, les opérations mentionnées au même article.

Cette convention est conforme à une convention type établie par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, pris après avis du conseil d'administration de la caisse nationale.

Elle prévoit la ou les circonscriptions géographiques d'intervention de l'organisme.

II.-Pour pouvoir conclure la convention mentionnée au premier alinéa du I, les organismes mentionnés à l'article L. 611-20 doivent remplir les conditions suivantes :

1° Appartenir à l'une des catégories ci-après énumérées :

a) Organismes régis par le code de la mutualité et habilités par leurs statuts à effectuer les opérations mentionnées à l'article L. 611-20 ;

b) Sociétés d'assurances régies par le code des assurances qui sont agréées pour effectuer ces mêmes opérations ;

c) Groupements constitués par ces sociétés d'assurances, en vue de l'exécution de ces opérations, dont les statuts sont conformes à des statuts types fixés par arrêté du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale ;

d) Organismes de sécurité sociale de base régis par le présent code ;

2° Présenter des garanties de leur aptitude à remplir d'une manière économique et efficace les obligations qui leur incomberaient dans leur participation à la gestion du régime ;

3° Disposer d'une comptabilité analytique permettant d'identifier les dépenses de gestion afférentes à l'accomplissement des opérations mentionnées à l'article L. 611-20 ;

4° Justifier qu'ils disposent de garanties, notamment par la souscription d'un contrat de cautionnement, permettant de couvrir à l'égard de la caisse nationale les risques résultant des erreurs, fautes ou malversations des personnes chargées de tenir les comptes financiers prévus à l'article R. 611-89 ;

5° Disposer d'une structure d'accueil et d'information dans chacune des circonscriptions territoriales des caisses de base dans lesquelles il est prévu que l'organisme assure les opérations mentionnées à l'article L. 611-20.

## **Article R611-80**

I.-En vue de conclure la convention mentionnée au premier alinéa du I de l'article R. 611-79, l'organisme adresse une demande de conventionnement à la caisse nationale.

II.-Dès la réception de cette demande, la caisse nationale envoie un accusé de réception à l'organisme demandeur et lui fait connaître la liste des pièces et informations à fournir.

III.-Dans le délai d'un mois à compter de la réception du dossier complet, la caisse nationale notifie à l'organisme, par lettre recommandée avec accusé de réception, sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement. En cas de refus de conventionnement, cette décision doit être motivée.

IV.-Les décisions de conventionnement ou de refus de conventionnement sont immédiatement communiquées au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Chacun des deux ministres, s'il estime qu'une des conditions mentionnées à l'article R. 611-79 n'est pas remplie, peut faire opposition à une décision de conventionnement dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle elle lui a été communiquée. A défaut d'opposition notifiée dans ce délai, la décision de la caisse nationale prend son entier effet.

## **Article R611-81**

La convention est signée par le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants et par les représentants des organismes mentionnés à l'article L. 611-20, conformément à leur statut.

## **Article R611-82**

La convention type prévue au second alinéa du I de l'article R. 611-79 fixe :

1° Les modalités suivant lesquelles les organismes conventionnés s'acquittent des obligations qui leur incombent en vertu des textes législatifs et réglementaires pris pour l'application du présent titre ;

2° La durée, qui ne peut être inférieure à quatre ans, les conditions de dénonciation et les modalités de renouvellement des conventions conclues entre la caisse nationale et les organismes auxquels celle-ci confie l'exécution des opérations mentionnées à l'article L. 611-20 ;

3° Les modalités de suivi par la caisse nationale et les caisses de base de la réalisation des objectifs fixés dans les contrats prévus à l'article R. 611-87 ;

4° L'organisation du contrôle des organismes conventionnés par la caisse nationale et les caisses de base.

Elle comporte des clauses obligatoires et des clauses facultatives.

## **Article R611-83**

I.-La caisse nationale et les caisses de base s'assurent que les organismes remplissent les conditions

prévues au II de l'article R. 611-79.

II.-La convention mentionnée au premier alinéa du I de l'article R. 611-79 est résiliée dans les cas suivants :

1° L'organisme cesse de remplir les conditions prévues à l'article R. 611-79 ;

2° Pendant une durée de deux années consécutives, indépendamment de l'éventuel renouvellement de la convention, l'organisme n'a pas atteint un effectif de 23 000 bénéficiaires des prestations d'assurance maladie ou un effectif de 15 000 cotisants à l'assurance maladie des professions libérales ;

3° En cas de mauvaise gestion, d'obstacle à contrôle ou d'organisation technique rendant ce contrôle impossible.

III.-Lorsqu'il constate l'une des situations mentionnées au II, le directeur général de la caisse nationale du régime social des indépendants avertit l'organisme conventionné par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier la convention. L'organisme dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception de cette lettre pour présenter ses observations à la caisse nationale. A compter de la date de réception de ces observations ou, le cas échéant, à l'expiration de ce délai, le directeur général de la caisse nationale dispose d'un délai d'un mois pour notifier sa décision à l'organisme conventionné. A défaut de décision du directeur général de la caisse nationale dans ce délai, la procédure de résiliation est réputée abandonnée.

La décision de résiliation est motivée.

## **Article R611-84**

Lorsque des organismes conventionnés décident de fusionner, ils avertissent la caisse nationale de ce projet. Sauf décision contraire de la caisse nationale intervenant dans le délai de deux mois, l'organisme résultant de la fusion est conventionné, dès lors qu'il remplit les conditions prévues à l'article R. 611-79.

## **Article R611-85**

La convention d'objectifs et de moyens mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 611-21, conclue entre la caisse nationale et chacun des organes nationaux représentant les organismes conventionnés, fixe :

1° Les objectifs liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires pour l'accomplissement des opérations mentionnées à l'article L. 611-20 ;

2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;

3° Les objectifs liés à l'amélioration du rendement des organismes conventionnés et des conditions d'exécution de leurs missions ;

4° Le montant des remises de gestion accordées en contrepartie des activités confiées aux organismes conventionnés ainsi que les modalités et le calendrier de leur versement aux organes nationaux qui les représentent ;

5° Les modalités de suivi et d'évaluation de la mise en oeuvre de la convention.

La convention prévoit les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

La caisse nationale adresse un bilan annuel d'exécution de la convention au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé du budget et au ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales.

### **Article R611-86**

L'arrêté mentionné à l'article L. 611-22, pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget, définit, compte tenu des objectifs et des moyens fixés dans la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 611-7 :

1° Les objectifs des organismes conventionnés liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires pour l'accomplissement des opérations mentionnées à l'article L. 611-20 ;

2° Les modalités de suivi et d'évaluation de l'exécution de ces opérations ;

3° Les modalités de détermination des remises de gestion accordées en contrepartie des activités confiées aux organismes conventionnés, ainsi que les modalités et le calendrier de leur versement aux organes nationaux qui les représentent.

### **Article R611-87**

Les contrats locaux d'objectifs et de moyens mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 611-21, conclus entre les organismes conventionnés et les organes nationaux qui les représentent, fixent des objectifs portant sur l'amélioration et l'évaluation de l'exécution par les organismes conventionnés des opérations mentionnées à l'article L. 611-20.

Les contrats locaux d'objectifs et de moyens sont transmis à la Caisse nationale du régime social des indépendants et aux caisses de base concernées.

La Caisse nationale du régime social des indépendants et les caisses de base vérifient conjointement que l'organisme conventionné a atteint les objectifs fixés dans son contrat local.

### **Article R611-88**

I.-En contrepartie des dépenses de gestion exposées pour assurer les opérations prévues à l'article L. 611-20, les organismes conventionnés reçoivent des remises de gestion.

Le montant global des remises de gestion est fixé dans la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 611-7, conclue entre l'Etat et la caisse nationale.

II.-Les conventions nationales d'objectifs et de moyens mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 611-21 déterminent les modalités communes de calcul des montants à attribuer aux organes nationaux représentant les organismes conventionnés en tenant compte notamment des éléments suivants :

1° Une part égale à 90 % du montant global des remises de gestion est répartie entre les organes nationaux en fonction du nombre de bénéficiaires et de cotisants affiliés auprès des organismes conventionnés qu'ils représentent ;

2° Une part égale à 10 % est, pour tout ou partie, répartie entre les organes nationaux, en fonction du nombre de bénéficiaires et de cotisants affiliés auprès des organismes conventionnés qu'ils représentent et compte tenu des résultats obtenus au regard des objectifs fixés par les conventions nationales d'objectifs et de moyens.

III.-Les organes nationaux répartissent les remises de gestion versées par la Caisse nationale du régime social des indépendants entre les organismes conventionnés qu'ils représentent.

Les organes nationaux informent la caisse nationale de cette répartition.

## **Article R611-89**

Tout organisme conventionné dispose, pour chacune des caisses de base dans le ressort de laquelle il intervient, d'un compte destiné à assurer le paiement des prestations. Ce compte est alimenté à la diligence de l'agent comptable de la caisse de base sur production par l'organisme conventionné d'un état prévisionnel de dépenses et en fonction de ses besoins.

La caisse nationale fixe le mode d'établissement et de présentation des états prévisionnels de dépenses.

Chaque organisme conventionné adresse à la caisse de base, à des dates fixées par celle-ci, un double des décomptes ainsi qu'un bordereau récapitulatif, conformément aux modalités de présentation déterminées par la caisse nationale.

Lorsqu'il apparaît que des prestations versées par l'organisme conventionné correspondent à des sommes indûment payées, le montant en est imputé à ce dernier selon des dispositions prises par décret et fixant les modalités relatives à la responsabilité financière des organismes conventionnés.

## **Article R611-90**

I.-Les dispositions des articles L. 154-1 et L. 154-2 et des II et III de l'article R. 611-68 sont applicables au contrôle des organismes conventionnés, sans préjudice des contrôles auxquels ceux-ci sont soumis en vertu de la législation dont ils relèvent.

II.-Le directeur général de la caisse nationale, conjointement avec les directeurs des caisses de base, contrôle, sur pièce et sur place, l'application par les organismes conventionnés mentionnés à l'article L. 611-20 des dispositions législatives et réglementaires et des stipulations conventionnelles, notamment en matière d'encaissement et de contentieux des cotisations maladie pour les professions libérales, de versement des prestations maladie et de respect des exigences des contrats signés par l'organisme conventionné pour l'exercice des fonctions qui lui sont confiées.

III.-Les directeurs et agents comptables des caisses de base procèdent, selon un plan d'action défini par le directeur général et l'agent comptable de la caisse nationale, au contrôle de l'information comptable transmise par les organismes conventionnés en vue de l'établissement des comptes combinés prévus à l'article L. 114-6.

IV.-Les organismes conventionnés sont tenus de fournir à la caisse nationale et aux caisses de base de rattachement tous les documents nécessaires au contrôle de leur activité et à l'établissement, par la caisse nationale, d'un rapport annuel sur les coûts de fonctionnement comparés des organismes conventionnés.

## **Chapitre 2 : Financement de la branche assurance maladie et maternité.**

### **Section 3 : Recouvrement - Contrôle.**



## **Article R612-1**

Les dispositions de la présente section sont applicables aux cotisations des personnes assujetties au régime institué par le présent titre qui versent directement ces cotisations à l'organisme conventionné.

## **Article R612-3**

Au cas où une dette a été réduite ou annulée par la commission de recours amiable ou à l'issue d'une procédure contentieuse, la caisse de base en avise sans délai la caisse nationale et l'organisme conventionné concerné.

Le cas échéant, la charge des frais de procédure engagés par l'organisme conventionné incombe à la caisse de base.

## **Article R612-4**

Par application des dispositions combinées des articles L. 243-4 et L. 612-11, le paiement des cotisations est garanti, pendant un an à compter de leur date d'exigibilité, par un privilège sur les biens meubles du débiteur, qui prend rang concurremment avec celui des gens de service et celui des ouvriers, établis respectivement par l'article 2331 du code civil et l'article 50 de la loi n° 67-563 du 13 juillet 1967 ainsi que par une hypothèque légale sur les immeubles du débiteur, soumise aux règles édictées par le code civil et par le décret n° 55-22 du 4 janvier 1955 portant réforme de la publicité foncière.

## **Article R612-6**

La personne qui cesse de remplir les conditions d'assujettissement a droit, s'il y a lieu, au remboursement du prorata des cotisations acquittées d'avance pour la période restant à courir à compter du jour où elle cesse de remplir les conditions d'affiliation au régime.

## **Article R612-7**

Les cotisations supplémentaires prévues à l'article L. 612-13 sont dues à compter de la date fixée par arrêté du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R612-8**

Sous réserve de l'application des dispositions de l'article R. 612-7, les règles fixées à la présente section et à la section 4 du présent chapitre sont applicables aux cotisations supplémentaires.

## **Section 4 : Contentieux et pénalités.**

### **Article R612-9**

La caisse de base du régime social des indépendants ou l'organisme conventionné pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité adressent au cotisant défaillant une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, le mettant en demeure de régulariser sa situation dans le mois. La mise en demeure ne peut concerner que les cotisations échues dans les cinq années qui précèdent la date de son envoi.

La mise en demeure donne le détail des sommes réclamées au titre des cotisations, des majorations et des pénalités mentionnées à l'article R. 612-20 ou dues en cas de non-acquittement des cotisations à l'échéance. Elle précise que la dette peut être contestée dans un délai d'un mois par une réclamation adressée à la commission de recours amiable et accompagnée de la mise en demeure. Elle indique l'adresse de ladite commission.

### **Article R612-10**

Dans le délai d'un mois prévu au deuxième alinéa de l'article R. 612-9, l'assuré peut se libérer de sa dette ou la contester devant la commission de recours amiable constituée auprès de la caisse de base dont il dépend.

Dans un délai de huit jours, la caisse avise l'organisme conventionné que la dette est contestée.

La caisse de base avise l'organisme conventionné de la décision prise par la commission de recours amiable au cas de contestation de la dette par un assuré.

### **Article R612-11**

A défaut de règlement dans le délai d'un mois imparti par la mise en demeure, et sauf réclamation introduite dans le même délai devant la commission de recours amiable et reconnue fondée par ladite commission dans le délai d'un mois, l'organisme du régime social des indépendants chargé du contentieux ou l'organisme conventionné pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité délivre une contrainte ou met en oeuvre l'une des procédures régies par

les articles R. 612-12 et R. 612-13.

La contrainte est notifiée au débiteur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou lui est signifiée par acte d'huissier de justice. La lettre recommandée ou l'acte d'huissier mentionne, à peine de nullité, la référence ou la contrainte et son montant, le délai dans lequel l'opposition doit être formée, l'adresse du tribunal des affaires de sécurité sociale compétent et les formes requises pour sa saisine. L'huissier avise dans les huit jours l'organisme conventionné de la date de la signification.

Le débiteur peut former opposition par inscription au secrétariat du tribunal des affaires de sécurité sociale dans le ressort duquel il est domicilié ou par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au secrétariat dudit tribunal dans les quinze jours à compter de la signification ou de la notification. L'opposition doit être motivée ; une copie de la contrainte contestée doit lui être jointe. Le secrétariat du tribunal des affaires de sécurité sociale informe l'organisme créancier dans les huit jours de la réception de l'opposition.

Dès qu'il a connaissance de l'opposition, l'organisme du régime social des indépendants chargé du contentieux ou l'organisme conventionné pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité adresse au secrétariat du tribunal des affaires de sécurité sociale une copie de la contrainte, accompagnée d'une copie de la mise en demeure qui a servi de base à l'établissement de la contrainte, ainsi que l'avis de réception, par le débiteur, de ladite mise en demeure.

La décision du tribunal des affaires de sécurité sociale, statuant sur opposition, est exécutoire de droit à titre provisoire.

Les frais de recouvrement afférents à la délivrance de la contrainte et aux actes qui lui font suite sont à la charge des débiteurs faisant l'objet desdites contraintes. Toutefois, ces frais sont, dans le cas d'opposition jugée fondée, à la charge soit de la caisse du régime social des indépendants chargée du contentieux, soit de l'organisme conventionné pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité, selon la responsabilité encourue.

## **Article R612-12**

Le recouvrement des cotisations exigibles peut également faire l'objet d'une action civile portée par la caisse de base ou par l'organisme conventionné pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité devant le tribunal des affaires de sécurité sociale compétent, en vertu des dispositions combinées des articles L. 244-2, L. 244-11 et L. 612-12.

## **Article R612-13**

L'action en recouvrement peut aussi être poursuivie par la caisse de base ou par l'organisme conventionné pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité, devant les juridictions répressives, en application des dispositions combinées des articles L. 244-1,

L. 244-2, L. 244-4, L. 244-7, L. 612-12, R. 244-4, R. 244-5 et R. 244-6.

### **Article R612-15**

Le tribunal des affaires de sécurité sociale met en cause la caisse de base ou l'organisme conventionné pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité dans tous les cas où ils ne sont pas déjà présents dans l'instance, statue en dernier ressort jusqu'à concurrence du taux de compétence en dernier ressort fixé pour les tribunaux d'instance.

La décision du tribunal des affaires de sécurité sociale n'est pas susceptible d'opposition.

### **Article R612-16**

Sous réserve des dispositions de l'article R. 612-15, les jugements intervenus en application de la présente section sont susceptibles d'appel de la part du ministère public et des parties.

### **Article R612-17**

Les personnes qui se sont soustraites à leurs obligations en matière de cotisations sont poursuivies devant le tribunal de police ou le tribunal correctionnel en vertu des dispositions combinées des articles L. 244-1, L. 612-12, R. 244-4 et R. 244-5.

### **Article R612-18**

Les organismes conventionnés adressent chaque année, au plus tard le 1er avril, aux membres des professions libérales qui ont eu des revenus d'activité non salariée non agricole au cours de l'année précédente la déclaration de revenus mentionnée à l'article R. 115-5.

Ces personnes sont tenues de retourner à l'organisme conventionné, au plus tard le 1er mai, cette déclaration dûment remplie et signée.

Lorsque l'assiette des cotisations dépend de la fixation d'un bénéfice forfaitaire ou d'une évaluation administrative, non encore déterminés, la déclaration est retournée à l'organisme conventionné avec la mention "forfait non encore fixé" et l'indication du dernier montant connu du bénéfice forfaitaire ou de l'évaluation administrative. Les intéressés font ensuite connaître à l'organisme conventionné le nouveau montant du forfait ou de l'évaluation administrative dans le délai de quinze jours suivant la date de sa notification.

Les organismes conventionnés, après s'être assurés que tous les renseignements nécessaires ont été

fournis, font parvenir à la caisse de base du régime social des indépendants, au fur et à mesure de leur réception, et au plus tard dans les quinze jours, les déclarations reçues des assurés.

### **Article R612-19**

La déclaration annuelle de revenus mentionnée à l'article précédent comporte notamment tous les renseignements utiles relatifs à l'activité ou aux activités professionnelles exercées par les intéressés. Doivent être mentionnés, en cas d'activité professionnelle unique, le montant des revenus constituant l'assiette de la cotisation et, en cas d'activités professionnelles multiples, les informations nécessaires pour déterminer l'activité principale et l'assiette de la cotisation au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ;

Dans les cas où des personnes ayant exercé au cours de l'année précédente une ou des activités professionnelles non salariées non agricoles perçoivent l'un des avantages de retraite ouvrant droit à l'exonération instituée en application des dispositions de l'article L. 612-8, la déclaration comporte en outre toutes les indications permettant de déterminer le droit éventuel à cette exonération.

### **Article R612-20**

L'assuré qui n'a pas souscrit la déclaration de revenus prévue à l'article R. 115-5, est redevable d'une cotisation provisoire déterminée et signifiée conformément aux dispositions de l'article R. 242-14.

Cette cotisation provisoire ne peut toutefois excéder le montant de la cotisation calculée sur un revenu égal au plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 612-4 en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle la cotisation est due.

La cotisation annuelle effectivement due par l'assuré qui a souscrit avec retard l'une des déclarations mentionnées au premier alinéa est assortie d'une pénalité calculée par la caisse de base du régime social des indépendants et recouvrée par cette caisse ou par l'organisme conventionné pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité dans les conditions prévues à l'article R. 242-14. Cette pénalité peut toutefois être remise, totalement ou partiellement, dans les conditions prévues aux articles R. 243-19-1, R. 243-20 et R. 243-20-1, par le directeur de la caisse de base lorsqu'elle n'excède pas un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, par la commission de recours amiable au-delà de ce montant, sur proposition du directeur. Elle peut également donner lieu à des sursis à poursuites accordés par la commission de recours amiable, sous réserve qu'ils soient assortis de garanties du débiteur.

### **Article R612-21**

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les conditions dans lesquelles sont établis les documents statistiques relatifs au fonctionnement du régime, et notamment les obligations des organismes conventionnés en la matière.

## **Article R612-22**

Les caisses de base du régime social des indépendants tiennent la liste de leurs adhérents dont les activités comportent immatriculation simultanée au registre du commerce et au répertoire des métiers et la communiquent une fois par an à la caisse nationale.

# **Chapitre 3 : Champ d'application et prestations d'assurance maladie**

## **Section 1 : Généralités**

### **Sous-section 1 : Champ d'application.**

#### **Article R613-1**

L'âge auquel les personnes mentionnées au 3° de l'article L. 613-1 sont affiliées au régime d'assurance maladie et maternité institué par le présent titre est fixé à cinquante-cinq ans.

### **Sous-section 2 : Situations particulières.**

#### **Article R613-3**

Est présumée exercer, à titre principal, une activité non salariée, la personne qui exerce simultanément au cours d'une année civile, civile, d'une part, une ou plusieurs activités non salariées entraînant affiliation au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ou au régime de l'assurance maladie, invalidité et maternité des exploitants agricoles, d'autre part, une ou plusieurs activités professionnelles entraînant affiliation au régime général ou à un régime spécial ou particulier de sécurité sociale applicable aux salariés ou assimilés.

Toutefois, l'activité salariée ou assimilée est réputée avoir été son activité principale, si l'intéressée a accompli, au cours de l'année de référence, au moins 1 200 heures de travail salarié ou assimilé lui ayant procuré un revenu au moins égal à celui retiré par elle de ses activités non salariées ci-dessus mentionnées.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les périodes assimilées à des heures de travail salarié et fixe pour les salariés et assimilés qui ne sont pas rémunérés à l'heure les bases de

calcul du nombre annuel d'heures de travail auquel l'activité exercée par eux est réputée correspondre.

#### **Article R613-4**

Est réputée exercer, à titre principal, une activité non salariée, la personne qui exerce simultanément au cours d'une année civile, d'une part, une ou plusieurs activités non salariées entraînant affiliation au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ou au régime de l'assurance maladie, invalidité et maternité des exploitants agricoles, d'autre part, une activité professionnelle entraînant affiliation au régime agricole des assurances sociales des salariés.

Toutefois, l'activité salariée ou assimilée est réputée avoir été son activité principale si l'intéressée justifie avoir occupé au cours de chacun des semestres de l'année de référence un emploi salarié ou assimilé pendant le temps nécessaire pour avoir droit aux prestations de l'assurance maladie dans les conditions prévues au 1° de l'article 7 du décret du 20 avril 1950 modifié, sans que le temps ainsi déterminé puisse être inférieur à 1 200 heures au cours de ladite année, et à condition qu'elle ait retiré de ce travail un revenu au moins égal à celui que lui ont procuré ses activités non salariées ci-dessus mentionnées.

Un arrêté du ministre chargé de l'agriculture détermine les périodes assimilées à des heures de travail salarié et fixe, pour les salariés agricoles ou assimilés qui ne sont pas rémunérés à l'heure, les bases de calcul du nombre annuel d'heures de travail auquel l'activité exercée par eux est réputée correspondre.

#### **Article R613-5**

Lorsqu'une personne exerce, en même temps qu'une activité non salariée entraînant affiliation au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ou au régime de l'assurance maladie, invalidité et maternité des exploitants agricoles, une activité salariée mentionnée à l'article R. 613-3 et une activité salariée mentionnée à l'article R. 613-4, le nombre d'heures de travail accomplies par elle dans chacune de ces deux dernières activités et les revenus qu'elle en a retirés sont additionnés dans des conditions fixées par arrêté afin de déterminer, pour l'application des articles R. 613-3 et R. 613-4, si cette personne doit être réputée exercer à titre principal une activité non salariée.

#### **Article R613-6**

Lorsque, au cours d'une année civile, une personne a exercé plusieurs activités professionnelles dont l'une relève soit de celles mentionnées à l'article L. 613-1, soit de celles qui donnent lieu à l'application du régime de l'assurance maladie, invalidité et maternité des exploitants agricoles, la détermination de l'activité principale a lieu au plus tard le 31 décembre suivant l'expiration de cette année civile, pour prendre effet, le cas échéant, au 1er janvier suivant.

Aucun changement de régime ne peut intervenir au cours de la période de trois années s'ouvrant au 1er janvier, sauf dans le cas où l'intéressée cesse d'exercer l'activité principale qui a déterminé le rattachement au régime dont elle relève.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne font pas obstacle à l'application de celles prévues en matière de coordination entre le régime agricole et les autres régimes de sécurité sociale ou entre le régime général et les régimes spéciaux d'assurances sociales en ce qui concerne les prestations en cas de maladie, de maternité, d'invalidité et de décès.

### **Article R613-7**

Lorsqu'une personne bénéficie au titre de régimes différents de plusieurs avantages, pensions ou rentes d'invalidité ou de vieillesse servies en application soit de la réglementation applicable aux régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 du présent code, soit du livre III, du titre II du présent livre ou des chapitres 1er et 3 du titre Ier du livre VIII du même code, soit des chapitres 2, 3-1 et 4 du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, son activité principale est déterminée comme suit :

1°) si cette personne bénéficie en même temps d'une pension ou rente acquise à titre personnel et d'un avantage de réversion, elle est réputée avoir exercé à titre principal l'activité qui lui a ouvert droit à l'avantage acquis à titre personnel ;

2°) si cette personne bénéficie en même temps, à titre personnel, de plusieurs avantages de même nature, soit au titre de l'invalidité, soit au titre de la vieillesse, elle est réputée avoir exercé à titre principal l'activité correspondant au régime dans lequel elle compte le plus grand nombre d'années de cotisation. Dans le cas où l'un ou plusieurs des avantages sont de caractère non contributif, est réputée activité principale celle qui a été exercée pendant le plus grand nombre d'années.

### **Article R613-8**

Pour l'application de l'article L. 613-6, est fixée à trois ans la durée exigée de rattachement au régime d'assurance maladie et maternité auquel l'intéressé était affilié au moment de la cessation de son activité professionnelle ou de l'ouverture de ses droits à pension de réversion.

### **Article R613-9**

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture détermine les modalités d'application des articles R. 613-2 à R. 613-7.

## **Sous-section 3 : Immatriculation - Affiliation.**



## **Article R613-10**

Les personnes qui relèvent à titre obligatoire du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles sont immatriculées, dans les conditions fixées ci-après, par la caisse de base compétente.

## **Article R613-11**

Les personnes mentionnées à l'article R. 613-10 relèvent de la caisse de base dans la circonscription de laquelle est située leur résidence principale et correspondant, le cas échéant, à leur groupe professionnel déterminé dans les conditions prévues aux articles R. 613-12 à R. 613-15.

Pour l'application de l'alinéa précédent :

1°) Paragraphe supprimé

2°) Paragraphe supprimé

3°) Les personnes âgées séjournant pour une durée d'au moins six mois dans les établissements mentionnés au 5° de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales relèvent, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, de la caisse de base dans la circonscription de laquelle se trouve l'établissement.

## **Article R613-12**

Les personnes relevant du régime institué par le présent titre appartiennent au groupe professionnel auquel elles sont rattachées pour l'application du titre II du présent livre.

Les personnes exerçant la profession de débitant de tabacs ou bénéficiant de l'allocation viagère prévue par l'article 59 de la loi n° 63-156 du 23 février 1963 relèvent du groupe des professions industrielles et commerciales.

Les personnes exerçant la profession d'avocat ou bénéficiant d'une pension, rente ou allocation au titre de l'exercice de cette profession, relèvent du groupe des professions libérales.

## **Article R613-13**

Les personnes mentionnées à l'article R. 613-12, bénéficiant, au titre de l'exercice passé d'activités non salariées non agricoles, de plusieurs avantages servis par des organisations d'allocation de

vieillesse différentes, appartiennent au groupe professionnel correspondant à leur activité principale définie selon les règles fixées ci-après :

1°) si une personne bénéficie en même temps d'une pension ou rente acquise à titre personnel et d'un avantage de réversion, elle est réputée avoir exercé à titre principal l'activité qui lui a ouvert droit à l'avantage acquis à titre personnel ;

2°) si une personne bénéficie à titre personnel d'une pension d'invalidité ou d'un avantage de vieillesse substitué, et d'une pension, rente ou allocation de vieillesse, elle est réputée avoir exercé à titre principal l'activité au titre de laquelle elle perçoit la pension d'invalidité ou l'avantage de vieillesse substitué ;

3°) si une personne bénéficie en même temps, à titre personnel, de plusieurs pensions, rentes ou allocations de vieillesse de même nature, elle est réputée avoir exercé à titre principal l'activité correspondant à l'avantage pour lequel elle compte le plus grand nombre d'années de cotisations. Dans le cas où l'un ou plusieurs des avantages sont de caractère non contributif, est réputée activité principale celle qui a été exercée pendant le plus grand nombre d'années.

#### **Article R613-14**

Les personnes qui bénéficient d'une allocation ou d'une pension servie par une des organisations mentionnées aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 et qui exercent une activité non salariée non agricole relevant d'un autre groupe de professions, sont rattachées au groupe professionnel correspondant à leur allocation ou pension.

#### **Article R613-15**

En cas de litige portant sur l'appartenance à un groupe professionnel d'une personne mentionnée à l'article R. 613-12, cette personne est rattachée au groupe professionnel correspondant à l'organisation d'allocation de vieillesse à laquelle elle se trouve affiliée pour l'application du titre II du présent livre, même si cette affiliation est contestée. Si cette personne n'est pas affiliée à une organisation d'allocation de vieillesse, elle est tenue de choisir un groupe professionnel de rattachement parmi ceux dont elle est susceptible de relever, compte tenu des règles posées aux articles R. 613-12, R. 613-13 et R. 613-14.

Les rattachements effectués en vertu des dispositions du premier alinéa du présent article conservent leur effet jusqu'à ce que l'appartenance de l'intéressé à l'un des groupes professionnels soit établie.

#### **Article R613-16**

Les personnes affiliées au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des

professions non agricoles doivent signaler le début de leur activité professionnelle non salariée à la caisse de base dont elles relèvent dans un délai de trente jours à compter de la date à laquelle elles remplissent les conditions légales d'assujettissement.

Les organisations d'allocations de vieillesse mentionnées aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 et la caisse nationale des barreaux français communiquent au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, avant le 15 du premier mois de chaque trimestre, la liste nominative des personnes entrant en jouissance d'un des avantages qu'elles servent ou cessant de bénéficier de ces avantages. Cette liste comporte l'indication de l'adresse des intéressés.

### **Article R613-17**

Les personnes mentionnées à l'article R. 613-10 adressent à la caisse de base dont elles relèvent un bulletin d'immatriculation et d'affiliation à un organisme conventionné avec la caisse de base. En dehors du cas où ce bulletin parvient à la caisse de base par l'intermédiaire d'un centre de formalités des entreprises, il appartient à la caisse de base, dès qu'elle a identifié, notamment dans les conditions fixées par l'article R. 613-16, la personne remplissant les conditions d'assujettissement au régime, de lui envoyer le bulletin d'immatriculation et d'affiliation qui doit être retourné à la caisse par l'intéressé dans un délai de trente jours.

### **Article R613-18**

Le bulletin d'immatriculation et d'affiliation est conforme au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale, sur proposition de la caisse nationale.

### **Article R613-19**

Dans le délai d'un mois à compter de la réception du document d'immatriculation et d'affiliation dûment rempli, la caisse de base :

1°) immatricule l'intéressé et l'affilie à l'organisme conventionné de son choix ;

2°) notifie sa décision d'accord à l'intéressé et à l'organisme conventionné auquel il a demandé à être affilié, ou sa décision de rejet au seul intéressé.

En cas d'accord, la notification adressée à l'assuré comporte son numéro d'immatriculation, qui est conforme au numéro d'identification national établi par l'Institut national de la statistique et des études économiques, ainsi que le nom de l'organisme auquel il est affilié.

## **Article R613-20**

Si les personnes mentionnées à l'article R. 613-10 n'ont pas fourni dans le délai fixé à l'article R. 613-17 le bulletin d'immatriculation et d'affiliation dûment rempli à la caisse de base, celle-ci leur adresse une lettre recommandée avec demande d'avis de réception les mettant en demeure de retourner, dans un délai de quinze jours, ce document rempli.

## **Article R613-21**

A défaut de réponse dans le délai mentionné à l'article R. 613-20 les intéressés sont immatriculés d'office à la caisse de base et affiliés d'office auprès d'un organisme conventionné. L'affiliation d'office est prononcée également lorsque les intéressés n'ont pas fait connaître leur choix concernant l'organisme d'affiliation.

Les affiliations d'office auprès des organismes conventionnés sont effectuées conformément aux dispositions de l'article R. 613-25. Les décisions de la caisse de base sont prononcées et notifiées dans le délai d'un mois aux personnes concernées et à l'organisme conventionné auquel elles sont affiliées. Sans préjudice des voies de recours ouvertes aux assurés et aux organismes intéressés, ces décisions peuvent être contestées par les organismes conventionnés devant la caisse nationale dans un délai d'un mois à compter de la notification des affiliations.

## **Article R613-22**

L'affiliation à un organisme conventionné prend effet à compter du jour où l'intéressé remplit les conditions d'assujettissement au régime.

## **Article R613-23**

Le choix des assurés entre les organismes avec lesquels la caisse nationale a passé convention, prévu au premier alinéa de l'article L. 611-21, doit être exprimé au moment de leur demande d'immatriculation, au vu de la liste desdits organismes communiquée par la caisse nationale. Il est valable pour l'année civile en cours et l'année suivante et se renouvelle par tacite reconduction, sauf dénonciation adressée par lettre recommandée, trois mois au moins avant l'expiration de chaque période annuelle, à la caisse nationale à laquelle se trouve affilié l'intéressé.

Pour être valable, la dénonciation doit indiquer le nouvel organisme habilité choisi par l'assuré.

Dans le cas d'une fusion d'organismes conventionnés, dans les conditions prévues à l'article R. 611-84 du présent code, ou dans le cas d'une adhésion à un groupement de sociétés d'assurance conventionné par la caisse nationale, les assurés concernés sont affiliés de plein droit à l'organisme résultant de la fusion ou au groupement auquel l'organisme a adhéré. Cette affiliation ne fait pas obstacle à l'exercice par les assurés de la faculté de dénonciation dans les conditions prévues aux

alinéas ci-dessus.

### **Article R613-24**

Lorsque l'organisme auquel il est affilié a cessé de se voir confier le soin d'assurer les opérations prévues à l'article L. 611-20, l'assuré est invité par la caisse de base à formuler un nouveau choix, dans un délai d'un mois.

### **Article R613-25**

Si les assurés ont omis de désigner, lors de leur demande d'immatriculation, l'organisme auquel ils choisissent d'être affiliés ou si, dans le cas prévu à l'article R. 613-24, ils n'ont pas répondu dans le délai imparti à l'invitation de la caisse de base, celle-ci leur adresse une lettre recommandée avec demande d'avis de réception les mettant en demeure d'exprimer ce choix dans un délai de quinze jours. A défaut de réponse dans ce délai, les intéressés sont affiliés d'office auprès d'un organisme conventionné. Les affiliations d'office sont réparties entre les organismes conventionnés compte tenu du nombre d'adhésions recueillies par chacun sous réserve de la nécessité de n'affecter à un organisme que des membres de professions dont ses statuts permettent l'adhésion.

### **Article R613-26**

Toute personne immatriculée doit, dans un délai de trente jours, faire connaître tout changement de résidence et toute modification intervenue dans ses activités professionnelles ou sa situation à l'égard des régimes légaux ou réglementaires d'assurance vieillesse ou d'assurance invalidité, qui peuvent soit entraîner son rattachement à une autre caisse de base ou son affiliation à un autre organisme conventionné, soit lui ouvrir droit aux prestations du régime institué par le présent titre, soit entraîner sa radiation de ce régime.

Les personnes affiliées à un organisme conventionné adressent cette déclaration à l'organisme dont elles relèvent, à charge pour celui-ci de la transmettre à la caisse de base dans un délai de huit jours ; les personnes immatriculées mais non affiliées à un organisme conventionné envoient directement cette déclaration à la caisse de base intéressée.

### **Article R613-27**

Dans un délai d'un mois à compter du jour où elle en est informée, la caisse de base tire les conséquences des changements qui lui ont été signalés et notifie la décision prise à l'intéressé et à l'organisme auquel il est affilié. La caisse de base procède à la radiation des personnes qui cessent de remplir les conditions d'affiliation au régime.

## **Sous-section 4 : Droits aux prestations.**

## **Article R613-28**

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'affiliation.

Les conditions d'ouverture du droit aux prestations en espèces sont appréciées à la date des soins.

L'assuré qui n'est pas à jour de ses cotisations à la date des soins ne peut faire valoir ses droits aux prestations que dans le délai de douze mois après la date d'échéance des cotisations impayées et à condition que la totalité des cotisations dues soit acquittée avant la date de l'échéance semestrielle se situant au terme de cette période de douze mois.

## **Article R613-29**

Pendant la période définie au deuxième alinéa de l'article R. 615-6 (1), les intéressés sont réputés remplir, en tout état de cause, pour l'octroi des prestations en nature, les conditions d'ouverture des droits exigées, le cas échéant, dans le régime correspondant à l'activité qu'ils ont exercée à titre principal pendant la période de référence.

## **Article R613-30**

Les assurés malades ou blessés de guerre, qui bénéficient au titre de la législation des pensions militaires d'une pension d'invalidité à un taux inférieur à 85 % continuent de recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, suivant les prescriptions dudit article.

Pour les maladies, blessures ou infirmités non mentionnées par la législation sur les pensions militaires, ils jouissent ainsi que leurs ayants droit des prestations prévues à l'article L. 613-14 du présent code.

Si, sur l'avis du contrôle médical, la caisse de base 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. Cette preuve est réputée faite lorsque l'assuré justifie d'une décision de rejet qui lui a été opposée par le service des soins gratuits.

En ce cas la caisse de base peut exercer au lieu et place de l'assuré les voies de recours ouvertes à celui-ci par ladite décision.

## **Article R613-31**

Lorsque des parents sont l'un et l'autre assurés à un régime d'assurance maladie et maternité, le rattachement des membres de la famille à l'un ou à l'autre d'entre eux est régi par l'article R. 161-8.

### **Article R613-33**

Les élèves des établissements d'enseignement publics ou privés, âgés de plus de vingt ans, qui ne bénéficient pas, à titre personnel, d'un régime de protection sociale leur garantissant des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, conservent la qualité d'ayants droit de leurs parents jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent leur vingt et unième anniversaire, s'il est justifié qu'ils ont interrompu leurs études pour cause de maladie dans les conditions définies ci-après.

Pour l'application de l'alinéa qui précède, l'année scolaire est réputée commencer le 1er octobre et s'achever le 30 septembre suivant.

L'assuré doit justifier que le retard de la scolarité a été imputable à l'interruption d'études primaires, secondaires ou technologiques et que cette interruption a été causée par une maladie. La preuve peut être rapportée par tous moyens, notamment par la production de deux attestations délivrées, l'une par le médecin de l'hygiène scolaire, l'autre par le chef de l'établissement fréquenté par l'élève au moment où celui-ci atteint son vingtième anniversaire ou en établissant que l'affection, origine de l'interruption, a donné lieu aux examens prévus par l'article R. 615-69, dans des conditions permettant de déterminer la réalité, l'origine et l'effet de l'interruption des études.

Dans tous les cas, le bénéfice du recul de limite d'âge ne peut être accordé qu'après avis du service de contrôle médical.

### **Article R613-34**

Après avis du contrôle médical, il peut être procédé au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors de France aux assurés ou à leurs ayants droit qui sont tombés malades inopinément, sans que ce remboursement puisse excéder le montant de celui qui aurait été alloué si les intéressés avaient reçu les soins en France.

Lorsque des assurés ou leurs ayants droit ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état, des conventions conclues entre les organismes qualifiés français, d'une part, et certains établissements de soins à l'étranger, d'autre part, peuvent, après autorisation du ministre chargé de la sécurité sociale, prévoir les conditions de séjour des intéressés dans lesdits établissements ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.

Indépendamment des cas mentionnés à l'alinéa précédent et à titre exceptionnel, il peut être procédé, après avis favorable du contrôle médical, au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors de France à un assuré ou à l'un de ses ayants droit, si l'intéressé établit qu'il ne peut recevoir, sur le territoire français, les soins appropriés à son état.

## **Article R613-35**

La caisse de base a la responsabilité de décider de la prise en charge par le régime des ayants droit des assurés. La convention type prévue au deuxième alinéa de l'article R. 611-128 fixe les modalités suivant lesquelles s'effectue cette prise en charge.

## **Sous-section 5 : Service des prestations.**

### **Article R613-38**

Au reçu des documents prévus à l'article R. 161-41, l'organisme conventionné déclenche, s'il y a lieu, le contrôle médical.

### **Article R613-39**

Au vu de la feuille de soins médicaux ou de la feuille de soins dentaires attestant, d'une part, que les soins ont été dispensés ou les prothèses effectuées, d'autre part, que le montant de ces actes a été effectivement payé, l'organisme conventionné calcule le montant des prestations dues sur la base des tarifs fixés dans les conditions prévues à l'article R. 613-44.

### **Article R613-40**

L'organisme conventionné établit le décompte des prestations dues en utilisant un imprimé du modèle fixé par la caisse nationale et approuvé par le ministre chargé de la sécurité sociale. Les prestations doivent être réglées par l'organisme dans les dix jours qui suivent la réception des documents mentionnés à l'article R. 613-36, sous réserve des cas prévus au deuxième alinéa du présent article et des cas où l'organisme conventionné doit, préalablement au versement des prestations, prendre l'avis du contrôle médical ou obtenir l'accord de la caisse de base.

Les demandes de remboursement rejetées, parce qu'elles sont incomplètes ou pour toute autre raison, sont retournées à l'assuré dans les dix jours suivant leur réception, avec les motifs du rejet.

### **Article R613-41**

Les prestations sont réglées directement à l'assuré, soit par virement au compte bancaire ou d'épargne qu'il a désigné sur sa feuille de soins, soit par chèque bancaire ou, à défaut, selon les



modalités fixées par le règlement intérieur de la caisse de base.

## **Section 2 : Dispositions relatives aux soins - Contrôle médical**

### **Sous-section 1 : Dispositions générales.**

#### **Article R613-44**

Conformément à l'article L. 613-12, les tarifs des honoraires, y compris les frais accessoires, dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux par les assurés sont fixés dans les conditions prévues par les articles L. 162-5 à L. 162-11 et par les textes réglementaires pris pour leur application.

#### **Article R613-45**

Les tarifs des frais mentionnés à l'article L. 613-14 sont fixés dans les mêmes conditions qu'en matière d'assurance maladie et maternité du régime général de sécurité sociale, les attributions confiées, le cas échéant, aux organismes de ce régime dans l'établissement de ces tarifs étant exercées par chaque caisse de base.

#### **Article R613-46**

Pour l'application de l'article L. 162-35, les organismes conventionnés sont tenus de signaler à la caisse de base les dépassements d'honoraires qu'ils constatent.

#### **Article R613-47**

Les médicaments sont remboursés par les organismes conventionnés conformément aux dispositions de l'article L. 162-16 et des deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ainsi que des textes réglementaires pris pour leur application.

#### **Article R613-48**

Les examens de biologie médicale et fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments sont remboursés conformément aux dispositions de l'article L. 162-13 et du troisième alinéa de l'article

L. 162-17. Les modalités pratiques de ce remboursement sont fixées par le règlement intérieur de chaque caisse de base.

### **Article R613-49**

Les caisses de base et les organismes conventionnés prennent en charge les frais relatifs aux fournitures et appareils dans les conditions fixées par le chapitre 5 du titre VI du livre Ier.

### **Article R613-50**

Sont applicables par le régime institué par le présent titre les dispositions prévues aux articles L. 162-1-14, L. 162-1-15 et L. 162-1-17 ainsi que les textes réglementaires pris pour leur application, conformément à l'article L. 613-12.

### **Article R613-52**

En cas d'hospitalisation dans un établissement public ou privé, l'assuré doit, dès son admission, à moins d'impossibilité absolue, en aviser l'organisme conventionné auquel il est affilié et faire connaître à l'administration hospitalière sa qualité d'assuré.

Lorsque le séjour du malade paraît devoir durer plus de vingt jours, les établissements d'hospitalisation publics ou privés sont tenus d'en aviser, dans un délai permettant d'assurer le contrôle, l'organisme conventionné intéressé, sauf dans le cas où l'assuré a reçu accord pour une hospitalisation supérieure à vingt jours.

Le renouvellement de la prise en charge des frais d'hospitalisation au-delà du premier mois et pour chacun des mois suivants ne peut intervenir que sur décision prise par l'organisme conventionné après avis du contrôle médical reconnaissant la nécessité de la prolongation des soins dans l'établissement.

Si l'établissement n'a pas avisé l'organisme conventionné de la prolongation de l'hospitalisation au-delà du vingtième jour ou demandé le remboursement de la prise en charge, le remboursement de tout ou partie des frais d'hospitalisation correspondant au séjour au-delà des vingt premiers jours peut être refusé. L'établissement ne peut alors réclamer à l'assuré le paiement de la partie des frais non remboursés.

L'assuré ne peut obtenir le remboursement de ses frais de séjour en préventorium, en sanatorium, en aérium ou dans une maison de convalescence que s'il a obtenu l'accord préalable de l'organisme conventionné auquel il est affilié, dans les conditions prévues à la nomenclature générale des actes professionnels.

## **Sous-section 2 : Expertise médicale.**

## **Article R613-53**

En application de l'article L. 141-3, les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou de l'accidenté donnent lieu à la procédure médicale dans les conditions fixées par le chapitre 1er du titre IV du livre Ier, sous réserve des dispositions de l'article R. 613-30.

Le médecin conseil de la caisse de base joue le rôle imparti par ce texte au médecin conseil du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés.

## **Article R613-54**

Lorsque l'assuré demande une expertise il doit adresser sa demande accompagnée de l'avis sous pli cacheté de son médecin traitant à l'organisme conventionné auquel il est affilié, lequel la transmet sans délai à la caisse de base.

La décision prévue aux articles R. 141-5 et R. 141-6 est prise par la caisse mutuelle régionale.

Les frais prévus à l'article R. 141-7 sont pris en charge par la caisse de base.

La caisse est compétente pour prendre la décision ou l'initiative prise en application de l'article L. 432-6 de faire bénéficier la victime ou le malade d'un traitement spécial en vue de sa réadaptation fonctionnelle.

## **Sous-section 3 : Contrôle médical.**

### **Article R613-55**

Le contrôle médical que les caisses de base doivent assurer en vertu de l'article L. 613-13 porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service des prestations et notamment sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé et de la capacité de travail des bénéficiaires du régime, sur les moyens thérapeutiques et les appareillages mis en oeuvre, sur les abus en matière de soins et de tarification des honoraires, sur le respect des dispositions de l'article L. 162-4, de la nomenclature générale des actes professionnels et des conventions liant aux caisses les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux et les établissements de soins.

Le service du contrôle médical procède en outre à une analyse sur le plan médical de l'activité des établissements entrant dans le champ d'application de l'article L. 162-29 et dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie. Cette analyse est destinée à s'assurer que les frais d'hospitalisation sont mis à la charge de l'assurance maladie dans le respect des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la couverture de ce risque. Elle est communiquée sur sa

demande au directeur de l'établissement et à l'autorité administrative mentionnée à l'article 29 du décret n° 83-744 du 21 août 1983. Les informations couvertes par le secret médical sont communiquées sur leur demande au président de la commission médicale d'établissement ou au médecin désigné par l'établissement privé participant au service public hospitalier et au médecin inspecteur départemental.

Le service du contrôle médical exerce sa mission dans les conditions définies par la présente sous-section et par le chapitre 6 du titre VI du livre Ier.

### **Article R613-56**

Le contrôle médical est exercé soit par un service propre à chaque caisse de base, soit par un service commun à plusieurs d'entre elles. Il peut également être exercé à la demande et pour le compte d'une ou plusieurs caisses de base soit par le service du contrôle médical d'une autre caisse de base auquel il est confié en tout ou partie conformément aux directives de la caisse nationale, soit par le service de contrôle médical d'un autre régime d'assurance maladie auquel il est confié en tout ou partie dans les conditions fixées par une convention que la caisse nationale conclut avec ce régime.

Les caisses de base peuvent, sous réserve de l'accord de la caisse nationale, déroger aux directives de cette caisse ou aux règles fixées par les conventions conclues par celle-ci.

### **Article R613-58**

Les caisses de base et les organismes conventionnés fournissent sur sa demande au service du contrôle médical tous documents, renseignements et informations utiles sur les bénéficiaires du régime, les praticiens et les établissements de soins.

Les caisses de base doivent affecter au service du contrôle médical les moyens en personnel, en locaux et en matériel qui lui sont nécessaires pour le bon accomplissement de sa mission.

### **Article R613-63**

La caisse nationale exerce dans le domaine médical sa mission d'animation, de coordination et de contrôle avec le concours du médecin conseil national et du médecin conseil national adjoint.

Ces médecins, qui peuvent être assistés de praticiens conseils, participent à l'élaboration des directives concernant l'action des services régionaux de contrôle médical. Les médecins conseils régionaux leur fournissent, sur leur demande, toutes informations utiles à cette fin, notamment les statistiques de contrôle.

Ils sont invités aux séances du conseil d'administration de la caisse nationale, ainsi qu'aux réunions des diverses commissions existant au sein de la caisse. Ils ne peuvent toutefois assister aux séances du conseil d'administration, lorsque celui-ci délibère sur leur situation. Le médecin conseil national

dresse chaque année un rapport sur l'activité et le fonctionnement des services de contrôle médical du régime. Ce rapport est envoyé au conseil d'administration de la caisse nationale, au haut-comité médical de la sécurité sociale et au ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R613-64**

La caisse nationale organise périodiquement des stages d'information et de perfectionnement à l'intention des praticiens conseils.

## **Section 3 : Prestations de base**

### **Sous-section 1 : Dispositions générales.**

#### **Article R613-65**

Les frais de vaccination obligatoire mentionnés au 9° du premier alinéa de l'article L. 613-14 sont remboursés lorsqu'ils sont dispensés aux enfants de moins de seize ans ou ayant atteint cet âge pendant l'année scolaire en cours, ainsi qu'aux enfants de moins de vingt ans qui, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, sont dans l'impossibilité permanente d'exercer une activité rémunératrice.

#### **Article R613-66**

Les frais de transport sont pris en charge dans les conditions prévues à la section 2 du chapitre II du titre II du livre III du code de la sécurité sociale.

Les dispositions du 2° de l'article R. 322-10 sont applicables aux examens prescrits en vertu des dispositions des articles R. 613-68 et R. 613-69.

En ce qui concerne l'accord préalable, l'organisme compétent est la caisse de base dont relève l'assuré.

### **Sous-section 2 : Assurance maladie.**

#### **Article R613-67**

Les frais afférents aux affections et traitements prévus aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 ne peuvent être remboursés que si leur prise en charge a été acceptée à la suite d'un examen spécial du malade effectué selon les modalités fixées par l'article R. 615-68.

### **Article R613-68**

L'organisme conventionné, saisi de la demande de prise en charge accompagnée d'un certificat du médecin traitant, fait examiner l'assuré par un médecin conseil, en présence du médecin traitant ou lui dûment appelé. Les conclusions du médecin conseil sont communiquées au médecin traitant. En cas de désaccord entre les deux médecins, l'assuré peut demander une expertise par un médecin désigné dans les conditions fixées à l'article R. 141-1. La caisse statue au vu des résultats de cette expertise.

Si le médecin conseil estime que les frais du traitement ordonné par le médecin traitant ne sont justifiés ni par la nature ni par la gravité de l'affection, la caisse peut, après avoir mis l'intéressé en mesure de fournir des explications, réduire ou supprimer les versements afférents à ce traitement. L'assuré peut demander une expertise comme ci-dessus.

### **Article R613-69**

En cas d'affections ou traitements mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 ou de soins continus d'une durée supérieure à six mois, la caisse doit faire procéder périodiquement à un examen spécial du bénéficiaire, par un médecin conseil, en vue d'apprécier si le traitement suivi est toujours justifié.

Le service des prestations peut être suspendu si l'assuré continue de suivre un traitement reconnu injustifié.

L'assuré peut demander une expertise comme à l'article précédent.

La même mesure de suspension peut être prise si l'assuré ne se soumet pas aux visites médicales et aux contrôles qui doivent être organisés au moins tous les six mois par la caisse de base.

## **Section 6 : Dispositions diverses.**

### **Article R613-70**

Conformément aux dispositions de l'article L. 376-1, lorsque l'accident ou la blessure dont l'assuré ou ses ayants droit sont les victimes est imputable à un tiers, la caisse de base est subrogée de plein droit à l'assuré ou à ses ayants droit dans leur action contre le tiers responsable, pour le remboursement des dépenses que lui occasionne l'accident ou la blessure.

## **Chapitre 4 : Contentieux**

### **Section 1 : Contentieux.**

#### **Article R614-1**

Les réclamations formées par l'assuré en matière de prestations sont soumises à la commission de recours amiable constituée au sein du conseil d'administration de la caisse de base dont il relève.

Cette commission doit être saisie dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle l'intéressé entend former une réclamation. La forclusion ne peut être opposée à l'intéressé que si la notification porte mention de cette voie de recours et du délai pendant lequel elle est ouverte.

Le secrétaire de la commission de recours amiable doit communiquer immédiatement le recours à l'organisme conventionné qui dispose d'un délai de dix jours pour formuler ses observations écrites.

#### **Article R614-2**

Lorsque la réclamation a été rejetée par la commission de recours amiable, ou si cette dernière ne s'est pas prononcée dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a été saisie, l'intéressé peut se pourvoir devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés**

#### **Titre 2 : Généralités relatives aux organisations autonomes d'assurance vieillesse**

##### **Chapitre 2 : Champ d'application - Affiliation.**

###### **Article R622-1**

Des décrets pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et éventuellement des autres ministres intéressés, peuvent classer dans l'un des quatre groupes mentionnés à l'article L. 621-3 l'ensemble des ressortissants d'une activité professionnelle qui relèvent simultanément de plusieurs de ces groupes.

###### **Article R622-2**

Le régime d'assurance vieillesse des professions artisanales concerne :

1°) les personnes non salariées des professions artisanales mentionnées par l'article L. 622-3 ou des professions rattachées à l'organisation des professions artisanales dans les conditions prévues par l'article L. 622-7 ou par application de l'article R. 622-1 ;

2°) les membres de la famille des personnes mentionnées au 1° lorsqu'ils participent effectivement aux travaux de l'entreprise et ne sont pas salariés ou assimilés aux salariés pour l'application de la législation générale de la sécurité sociale.

Les membres de la famille s'entendent des ascendants, descendants, frères, soeurs ou alliés au même degré.

###### **Article R622-3**

Le régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions industrielles et commerciales concerne d'une part, les personnes des professions mentionnées à l'article L. 622-4, d'autre part, les personnes des professions classées dans le groupe des professions industrielles et



commerciales en application de l'article L. 622-7 et de l'article R. 622-1.

## **Chapitre 3 : Dispositions communes à l'ensemble des régimes d'assurance vieillesse.**

### **Article R623-1**

Pour les professions non agricoles, sont applicables aux organismes et personnes entrant dans le champ d'application du présent titre et sous réserve des dispositions particulières dudit titre, les articles R. 244-4, R. 244-5, R. 244-7 et R. 256-1.

## **Section 1 : Organisation financière**

### **Article R623-2**

Les caisses nationales, de base ou sections professionnelles doivent obligatoirement retracer dans leur comptabilité les opérations effectuées au titre, d'une part, de la gestion administrative, de l'action sociale, des disponibilités nécessaires au service des prestations et, le cas échéant, du report à nouveau et, d'autre part, de la constitution de réserves affectées aux risques gérés.

### **Article R623-3**

Les fonds des caisses nationales et de base ou sections professionnelles affectés aux réserves des risques gérés ne peuvent être placés que sous la forme des actifs énumérés aux I, II et III du présent article et dans les conditions prévues au IV.

#### **I.-Valeurs mobilières et titres assimilés**

1° Obligations et autres valeurs émises ou garanties :

a) Par l'un des Etats partie à l'Espace économique européen, ainsi que les titres émis par la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée à l'article 1er de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 ;

b) Par un organisme international à caractère public dont un ou plusieurs Etats membres de l'Union européenne font partie ;

c) Par les collectivités publiques territoriales et les établissements publics des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

2° Obligations, parts de fonds communs de créances tels que définis à l'article L. 214-43 du code monétaire et financier, et titres participatifs tels que définis à l'article L. 213-32 du code monétaire et financier admis aux négociations sur un marché reconnu autres que celles ou ceux visés au 1°.

3° Titres de créances négociables d'un an au plus tels que définis aux articles L. 213-1 à L. 213-4 du code monétaire et financier, rémunérés à taux fixe ou indexés sur un taux usuel sur les marchés interbancaires, monétaires ou obligataires et émis par des personnes morales autres que les Etats membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), ayant leur siège social sur le territoire de ces Etats et dont des titres sont négociés sur un marché reconnu.

4° Bons à moyen terme négociables répondant aux conditions mentionnées à l'article R. 623-5 et émis par des personnes morales autres que les Etats membres de l'OCDE, ayant leur siège social sur le territoire de ces Etats et dont les titres sont négociés sur un marché reconnu.

5° Actions des sociétés d'investissement à capital variable et parts de fonds communs de placement dont l'objet est limité à la gestion d'un portefeuille de valeurs mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° du présent article, dans des conditions fixées par l'article R. 623-6.

6° Parts des fonds communs de placement régis par les articles L. 214-28, L. 214-30, L. 214-37 et L. 214-38 du code monétaire et financier .

7° Actions et titres donnant accès au capital négociés sur un marché reconnu.

8° Actions et parts d'OPCVM autres que celles visées aux 5° et 6° du présent article, dans les conditions fixées par l'article R. 623-6.

Les marchés reconnus mentionnés aux 2°, 3°, 4°, 7° et 8° sont les marchés réglementés au sens des articles L. 421-1 à L. 423-1 du code monétaire et financier des Etats membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), en fonctionnement régulier. Les autorités compétentes de ces pays doivent avoir défini les conditions de fonctionnement du marché, d'accès à ce marché et d'admission aux négociations, et avoir imposé le respect d'obligations de déclaration et de transparence.

## II.-Actifs immobiliers

9° Droits réels immobiliers afférents à des immeubles situés sur le territoire de l'un des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

10° Parts ou actions des sociétés à objet strictement immobilier ayant leur siège social sur le territoire de l'un des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans des conditions fixées par l'article R. 623-7.

## III.-Prêts et dépôts

11° Prêts obtenus ou garantis par l'un des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen, par les collectivités publiques territoriales et les établissements publics de l'un des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

12° Prêts hypothécaires aux personnes physiques ou morales ayant leur domicile ou leur siège social sur le territoire de l'un des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans des conditions fixées par l'article R. 623-8.

13° Dépôts dans les conditions fixées à l'article R. 623-9.

#### IV.-Dispositions communes

Les intérêts courus des placements énumérés au présent article sont assimilés auxdits placements.

Le portefeuille des organismes relevant du présent article doit être obligatoirement composé d'au moins 90 % d'actifs libellés ou réalisables en euros.

Les valeurs mobilières et titres assimilés, les parts des actions des sociétés civiles immobilières ou foncières doivent faire l'objet soit d'une inscription en compte ou d'un dépôt auprès d'un intermédiaire habilité, soit d'une inscription nominative dans les comptes de l'organisme émetteur à condition que celui-ci soit situé en France.

#### **Article R623-4**

Les caisses nationales, de base ou sections professionnelles peuvent recourir aux instruments financiers à terme visés au II de l'article L. 211-1 du code monétaire et financier admis à la négociation sur les marchés reconnus au sens de l'article R. 623-3 dans des conditions permettant d'établir une relation avec les placements et de contribuer à une réduction du risque d'investissement. Ces conditions sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'économie et du ministre chargé de la sécurité sociale.

#### **Article R623-5**

Les bons à moyen terme négociables mentionnés au 4° de l'article R. 623-3 doivent répondre aux conditions suivantes :

- a) Provenir d'une émission au moins égale à 30 millions d'euros ;
- b) Etre valorisés par au moins deux organismes distincts et non liés financièrement ni entre eux, ni avec la caisse de base ou section professionnelle détentrice des bons ;

c) Faire sur cette base l'objet d'un cours publié au moins une fois tous les quinze jours et tenu à la disposition du public en permanence ;

d) Comporter une clause de liquidité émanant de l'émetteur ou d'un garant qui doit garantir que les actifs pourraient être rachetés à un cours cohérent avec le cours publié, c'est-à-dire prenant en compte la variation du taux d'intérêt et du prix des sous-jacents entre les dates de publication du cours et de transaction ;

e) Comporter une clause garantissant à terme le prix d'émission.

## **Article R623-6**

En application des 5° et 8° de l'article R. 623-3, les caisses nationales, de base ou sections professionnelles sont autorisées à détenir les actions des sociétés d'investissement à capital variable et les parts de fonds communs de placement régis par la sous-section 1 et l'article L. 214-27 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier. Elles sont également autorisées à détenir les actions des sociétés d'investissement à capital variable et parts de fonds communs de placement régis par les réglementations des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen, pour autant que ces règles soient conformes à la directive n° 2009/65/CE du Parlement européen et du Conseil du 13 juillet 2009 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant certains organismes de placement collectif en valeurs mobilière.

## **Article R623-7**

En application des dispositions du 10° de l'article R. 623-3, les caisses nationales, de base ou sections professionnelles sont autorisées à détenir les parts ou actions de sociétés à objet strictement immobilier, à l'exclusion de sociétés ayant une activité de marchand de biens et de sociétés en nom collectif. Le patrimoine de ces sociétés ne peut être composé que d'immeubles bâtis ou de terrains situés sur le territoire d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, de parts ou d'actions des sociétés répondant à ces mêmes conditions.

Les caisses nationales, de base ou sections professionnelles sont également autorisées à détenir les parts des sociétés civiles à objet strictement foncier, dont l'activité est limitée à la gestion directe de biens fonciers situés sur le territoire de l'un des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou les parts des groupements ayant pour seule activité la gestion de biens fonciers répondant à ces mêmes conditions. Les biens constitutifs du patrimoine doivent faire l'objet d'une exploitation.

Les caisses nationales, de base ou sections professionnelles ne peuvent être propriétaires directement ou indirectement de biens forestiers.

## **Article R623-8**

Les prêts hypothécaires mentionnés au 12° de l'article R. 623-3 doivent être garantis par une hypothèque de premier rang ou équivalent prise sur un immeuble situé sur le territoire de l'un des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen. L'ensemble des privilèges et hypothèques en premier rang ne doit pas excéder 65 % de la valeur vénale de l'immeuble constituant la garantie du prêt, estimée au jour de la conclusion du contrat.

## **Article R623-9**

Les comptes de dépôts visés au 13° de l'article R. 623-3 doivent être ouverts auprès d'un établissement de crédit agréé dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Leur terme ne doit pas dépasser un an ou leur préavis de retrait trois mois. Les comptes doivent être libellés au nom de la caisse nationale, de base ou section professionnelle et ne peuvent être movimentés par l'agent comptable qu'au vu des justificatifs visés au a de l'article R. 623-10-3.

## **Article R623-10**

Les fonds affectés à la gestion administrative, à l'action sociale et aux disponibilités nécessaires au service des prestations ainsi que, le cas échéant, au report à nouveau doivent exclusivement être investis :

- dans des actifs mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 11° à 13° de l'article R. 623-3 ;
- dans des actifs visés au 5° de ce même article dont l'objet est limité à la gestion d'un portefeuille de valeurs mentionnées aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 623-3 ;
- dans des actifs mentionnés aux 9° et 10° de l'article R. 623-3 pour la part utilisée pour le fonctionnement des services administratifs du régime et la mise en oeuvre de la réglementation d'action sociale applicable à ce régime.

## **Article R623-10-1**

L'ensemble des actifs détenus par chaque organisme au titre des réserves des risques gérés doit respecter les limites suivantes :

34 % au moins pour les actifs mentionnés aux 1° à 4° de l'article R. 623-3 et qui sont libellés en euros, ainsi que les actifs du 5° de ce même article dont l'objet est limité à la gestion d'un

portefeuille de ces mêmes valeurs ;

5 % au plus pour l'ensemble des actifs mentionnés au 6° de l'article R. 623-3 ;

20 % au plus pour l'ensemble des actifs mentionnés aux 9° et 10° de l'article R. 623-3 ;

10 % au plus pour l'ensemble des actifs mentionnés aux 11° et 12° de l'article R. 623-3.

Ne peuvent représenter plus de 5 % des actifs des organismes :

- les créances de toute nature et les actions émises par une même personne morale, à l'exception des actifs mentionnés au 1° de l'article R. 623-3 ;

- un même immeuble ou les actifs mentionnés aux 9° et 10° de l'article R. 623-3.

Un même organisme ne peut détenir plus de 10 % des titres émis par un même émetteur à l'exception des actifs visés aux 5° et 8° de l'article R. 623-3.

Le présent article n'est applicable ni aux disponibilités nécessaires au paiement d'une échéance trimestrielle de prestations, ni à celles nécessaires au paiement de la compensation prévue à l'article L. 134-1.

## **Article R623-10-2**

Des arrêtés conjoints du ministre chargé de l'économie et du ministre chargé de la sécurité sociale fixent les modalités d'évaluation des placements mentionnés à l'article R. 623-3, ainsi que les formes dans lesquelles il est fait chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget un rapport sur les placements.

## **Article R623-10-3**

Le conseil d'administration de chaque caisse nationale, de base et section professionnelle doit élaborer un règlement financier. Ce règlement financier doit obligatoirement comporter un manuel de procédure, un document décrivant les modalités de gestion de l'activité de placement et un code de déontologie.

a) Le manuel de procédure comprend notamment l'organigramme des services de la caisse concernés par la gestion d'actifs, la définition de leurs fonctions, la définition des fonctions dévolues à chaque poste, la nature et les modalités d'échanges d'informations entre les services et la liste des justificatifs produits par chacun d'eux, notamment pour mouvementer les comptes, les conditions d'exercice des contrôles a priori et a posteriori. Le manuel doit également définir les

compétences, les prestations ou les fonctions respectives des organes délibérants, des services de la caisse et des organismes financiers auxquels la caisse a recours.

b) Le document décrivant les objectifs et les modalités de gestion de l'activité de placement indique notamment :

- les objectifs de gestion relatifs notamment à la sécurité et au rendement des placements ;
- les conditions de recours à une gestion directe ou à une délégation de gestion ;
- les obligations imposées au gestionnaire, notamment les informations qu'il doit communiquer à l'organisme ainsi que la définition du mandat ou de la convention de gestion et de sa durée, la détermination des frais de gestion, le contrôle de l'activité du gestionnaire délégué et les conditions de dénonciation des conventions de gestion ;
- le principe et les modalités de mise en oeuvre d'une expertise régulière de l'activité de gestion financière par un organisme spécialisé extérieur. La périodicité de cette expertise est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'économie et du ministre chargé du budget en fonction du montant des actifs gérés par l'organisme.

c) Le code de déontologie qui doit notamment préciser que toute rémunération relative aux placements effectués pour le compte d'un des organismes régis par les articles qui précèdent est attribuée à l'organisme lui-même et non à ses représentants.

Ce règlement financier ainsi que ses modifications entrent en vigueur dans un délai de six mois à compter de leur date de transmission au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget, à défaut de notification dans ce délai d'une décision de refus motivée.

Le refus peut être prononcé :

1° Lorsque le règlement financier ne comporte pas l'ensemble des mentions prévues au présent article ;

2° Lorsque les informations contenues dans le règlement financier ne garantissent pas la transparence du fonctionnement de l'organisme ;

3° Lorsque les modalités de gestion de l'activité de placement décrites dans le règlement financier sont de nature à compromettre la sécurité des placements.

## **Article R623-10-4**

Le conseil d'administration de chaque caisse nationale, de base ou section professionnelle approuve annuellement, après avis d'une commission financière constituée en son sein, un rapport fixant

notamment les orientations générales de la politique de placement des actifs gérés par la caisse. Ce rapport s'appuie sur une analyse de l'évolution des marchés financiers au cours des douze derniers mois au regard des tendances de long terme et sur l'expertise prévue à l'article R. 623-10-3. A partir de cette analyse et en tenant compte de l'horizon de placement et des recettes attendues, du portefeuille détenu, des critères de rendement et de risque ainsi que du principe de prudence, le rapport retient une répartition des placements par catégorie d'actifs financiers qui respecte les limites fixées par le présent chapitre.

Toutes les modifications intervenues dans l'année dans le fonctionnement de l'organisme et susceptibles directement ou indirectement d'affecter les procédures de contrôle interne sont portées à la connaissance du conseil d'administration.

## **Section 2 : Prestations de base.**

### **Article R623-11**

Sans préjudice des dispositions incluses dans les conventions de sécurité sociale conclues par la France avec les différents Etats étrangers, les prestations de vieillesse prévues par le présent titre attribuées aux personnes qui ont cotisé, ou aux personnes assimilées à des cotisants, sont liquidées et payées aux titulaires résidant en dehors du territoire de la France métropolitaine, sous les réserves ci-après :

1°) les frais supplémentaires occasionnés par le paiement des arrérages en dehors du territoire de la France métropolitaine sont imputés sur leur montant ;

2°) la liquidation peut être différée et le paiement des arrérages suspendu lorsque les dispositions réglementaires relatives à l'inaptitude au travail, aux conditions de ressources, à la cessation de l'activité professionnelle, ne peuvent donner lieu à constatation ou à vérification et lorsque l'existence des titulaires à la date d'échéance des arrérages ne peut être contrôlée.

### **Article R623-12**

Les allocations de vieillesse attribuées aux personnes qui n'ont pas cotisé ou non assimilées à des cotisants ne peuvent être liquidées ou payées aux titulaires qu'autant que ces derniers résident sur le territoire de la France métropolitaine.

### **Article R623-13**

Les frais de paiement des prestations incombent aux caisses professionnelles et interprofessionnelles ou aux sections professionnelles.



## **Section 5 : Contrôle de l'administration - Dispositions diverses.**

### **Article R623-17**

Les caisses ou sections professionnelles, les caisses interprofessionnelles et les caisses nationales sont soumises aux vérifications de l'inspection générale des affaires sociales et du service mentionné à l'article R. 155-1.

Elles sont également soumises au contrôle de l'inspection générale des finances, des trésoriers-payeurs généraux, des receveurs particuliers des finances et, à Paris, du receveur central des finances de Paris.

Un arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale précise les conditions dans lesquelles est effectué le contrôle prévu au deuxième alinéa du présent article.

### **Article R623-18**

Le directeur et l'agent comptable assistent, avec voix consultative, aux séances du conseil d'administration et aux commissions ayant reçu délégation de celui-ci.

### **Article R623-19**

Les dispositions de l'article L. 281-2 sont applicables aux caisses nationales et aux caisses locales ou régionales ou aux sections professionnelles mentionnées à l'article L. 621-2.

Le pouvoir de substitution prévu à l'article L. 281-2 est exercé :

1°) en cas de carence du conseil d'administration ou du directeur d'une caisse nationale, par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

2°) en cas de carence du conseil d'administration ou du directeur d'une caisse locale ou régionale ou d'une section professionnelle, par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Le délai dans lequel les autorités mentionnées au deuxième alinéa du présent article peuvent exercer le pouvoir de substitution est fixé à huit jours à compter de la mise en demeure restée sans effet.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés**

#### **Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales**

##### **Chapitre 1er : Organisation autonome du régime des professions artisanales**

###### **Section 1 : Organisation administrative**

###### **Sous-section 1 : Caisse nationale.**

###### **Article R631-2**

La Caisse nationale du régime social des indépendants assure en son nom propre, soit à la demande des caisses de base, soit de plein droit à l'expiration d'un délai d'un an suivant la date d'exigibilité, le recouvrement contentieux des cotisations et des contributions impayées auprès de ces dernières ainsi que les majorations de retard et pénalités y afférentes.

###### **Section 2 : Règles de fonctionnement et de gestion.**

###### **Article R631-37**

Toute personne qui commence ou cesse d'exercer une profession artisanale est tenue de le déclarer dans le délai d'un mois à la caisse dont elle relève, en vue de son immatriculation ou de sa radiation. La date d'effet de l'immatriculation ou de la radiation est le jour du début ou de la fin de l'activité professionnelle.

En cas de cessation de l'activité professionnelle, de cession de fonds artisanal, ou de radiation, le paiement des cotisations dues pour le trimestre en cours est immédiatement exigible.

## **Chapitre 3 : Dispositions communes en matière d'organisation administrative et financière**

### **Section 1 : Organisation administrative.**

#### **Sous-section 3 : Dispositions communes à la caisse nationale et aux caisses de bases.**

##### **Article R633-60**

Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 122-1 et de l'article R. 122-1 sont applicables aux organismes et personnes entrant dans le champ d'application du présent titre, sous réserve d'adaptation par décret.

##### **Article R633-61**

Les dépenses des caisses, qui peuvent être effectuées au titre de la gestion administrative, sont limitativement énumérées par le décret fixant les règles relatives à la comptabilité des organismes d'assurance vieillesse des professions non salariées conformément aux articles L. 256-2 et L. 623-1.

Ces dépenses font l'objet d'un budget annuel voté par le conseil d'administration de chaque caisse.

##### **Article R633-62**

Toute décision de caractère individuel prise en matière de gestion du personnel est communiquée à l'agent comptable qui porte mention de la disponibilité des crédits correspondants et de sa conformité aux autorisations budgétaires.

##### **Article R633-63**

Les caisses professionnelles et interprofessionnelles suivent dans des comptes distincts les opérations afférentes aux régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés aux sections 1 et 2 du chapitre 4 du présent titre, ainsi qu'aux articles L. 633-9, L. 633-10, L. 636-1, L. 812-1 et L. 813-5 et les opérations afférentes aux régimes d'assurance vieillesse complémentaires mentionnés à l'article L. 635-1.

Les excédents et déficits sont déterminés séparément pour chaque compte. Les excédents d'un compte ne peuvent compenser les déficits d'un autre.

Les régimes complémentaires doivent prévoir des avantages revisables chaque année selon les ressources qui peuvent y être affectées.

## **Section 2 : Organisation financière - Cotisations**

### **Article R633-65**

I. - Les ressources des branches vieillesse mentionnées au 2° et au 3° de l'article L. 611-2 sont constituées, chacune en ce qui la concerne, par :

1° Le produit des cotisations des assurés du régime de base, ainsi que les majorations et pénalités de retard ;

2° Le produit des cotisations des assurés de l'assurance volontaire ;

3° Une fraction du produit de la contribution sociale de solidarité instituée par l'article L. 651-1 ;

4° Le produit des versements effectués au titre de la compensation instituée par l'article L. 134-1 ;

5° Une part des produits financiers résultant de la gestion centralisée de la trésorerie par la caisse nationale ;

6° Les dons et legs ;

7° Toute autre recette instituée par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur.

II. - Les dépenses des branches vieillesse mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 611-2 sont constituées, chacune en ce qui la concerne, par :

1° Les dotations et, éventuellement, les subventions et avances versées aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8 pour le service des prestations vieillesse, ainsi que les charges diverses en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;

2° La part des charges de fonctionnement, des dépenses en capital ainsi que des dépenses d'intervention des budgets mentionnés au 5° de l'article R. 611-18 versées à la caisse nationale et aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8 pour le service des prestations mentionnées au chapitre IV du titre III du présent livre et pour l'action sociale ;

3° Le montant des versements effectués au titre de la compensation instituée par l'article L. 134-1 ;

4° Une part des charges financières résultant de la gestion centralisée de la trésorerie par la caisse nationale ;

5° Toute autre charge instituée en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

## **Article R633-66**

Les dispositions des articles R. 612-9 à R. 612-11 sont applicables aux cotisations dues au titre des branches vieillesse visées à l'article L. 611-2.

## **Chapitre 4 : Prestations**

### **Section 2 : Ouverture des droits et liquidation des pensions de retraite.**

#### **Article R634-1**

Le revenu annuel moyen mentionné à l'article L. 634-4 correspond à l'ensemble des cotisations permettant la validation d'au moins un trimestre d'assurance selon les règles définies par le sixième alinéa de l'article R. 351-9 et versées pendant la durée de la carrière au titre des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Toutefois et sous réserve des dispositions des articles R. 173-4-3 et R. 634-1-1, lorsque l'assuré aura accompli postérieurement au 31 décembre 1972 plus de vingt-cinq années d'assurance au titre des régimes dont il s'agit, il sera tenu compte des cotisations versées au cours des et vingt-cinq années civiles dont la prise en considération est la plus avantageuse pour l'intéressé.

Ne sont pas prises en compte pour la détermination du revenu annuel moyen défini au présent article les années comprenant une période au titre de laquelle un versement de cotisations a été effectué en application de l'article L. 634-2-2 ou en application, en ce qui concerne des demandes de rachat déposées à compter du 1er janvier 2011, de l'article L. 742-7.

#### **Article R634-1-1**

I. - Les durées de vingt-cinq années fixées au deuxième alinéa de l'article R. 634-1 sont applicables aux assurés nés après 1952, quelle que soit la date d'effet de leur pension.

II. - Le nombre d'années d'assurance et le nombre d'années civiles mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 634-1 sont, l'un et l'autre, de :

Dix années pour l'assuré né avant le 1er janvier 1934 ;

Onze années pour l'assuré né en 1934 ou 1935 ;

Douze années pour l'assuré né en 1936 ou 1937 ;

Treize années pour l'assuré né en 1938 ou 1939 ;

Quatorze années pour l'assuré né en 1940 ou 1941 ;

Quinze années pour l'assuré né en 1942 ou 1943 ;

Seize années pour l'assuré né en 1944 ;

Dix-sept années pour l'assuré né en 1945 ;

Dix-huit années pour l'assuré né en 1946 ;

Dix-neuf années pour l'assuré né en 1947 ;

Vingt années pour l'assuré né en 1948 ;

Vingt et une années pour l'assuré né en 1949 ;

Vingt-deux années pour l'assuré né en 1950 ;

Vingt-trois années pour l'assuré né en 1951 ;

Vingt-quatre années pour l'assuré né en 1952.

### **Section 3 : Service des pensions de vieillesse.**

#### **Article R634-2**

L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 634-6 est fixé à cinquante-cinq ans.

#### **Article R634-4**

La pension de l'assuré est suspendue à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel est survenue la circonstance qui justifie cette suspension par application du troisième alinéa de l'article L. 634-6.

### **Section 4 : Pensions de réversion**

#### **Article R634-5**

Pour l'application de l'article R. 353-3 aux pensions de réversion servies par les régimes des artisans, industriels et commerçants, il est tenu compte jusqu'au 31 décembre 2012, pour les assurés nés à partir du 1er janvier 1934, des dispositions applicables aux personnes atteignant leur soixantième anniversaire l'année au cours de laquelle l'assuré est décédé.

#### **Article R634-6**

Les dispositions de l'article R. 354-1, à l'exception de celles du deuxième alinéa, sont applicables aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

### **Chapitre 5 : Régimes complémentaires d'assurance vieillesse - Régimes d'assurance invalidité-décès**

#### **Section 1 : Généralités**

#### **Article R635-1**

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension d'invalidité et de ses accessoires présentée par un assuré relevant du présent chapitre vaut décision de rejet.

## **Section 3 : Professions industrielles et commerciales**

### **Sous-section 1 : Régimes complémentaires d'assurance-vieillesse.**

#### **Article R635-9**

La Caisse nationale du régime social des indépendants gère le régime d'assurance vieillesse complémentaire des entrepreneurs du bâtiment organisé par le décret n° 50-60 du 11 janvier 1950 modifié.

Les opérations réalisées dans le cadre de ce régime font l'objet de comptes distincts de ceux des autres régimes relevant de la Caisse autonome nationale de l'assurance vieillesse de l'industrie et du commerce.

#### **Article R635-10**

I. - Les ressources des régimes complémentaires obligatoires mentionnés à l'article L. 635-1, retracées dans la section décrite au b des 2° et 3° de l'article R. 611-70, sont constituées, chacun en ce qui le concerne, par :

1° Le produit des cotisations des assurés, ainsi que les majorations et pénalités de retard ;

2° Le produit des réserves techniques constituées ;

3° Les produits financiers ;

4° Les dons et legs ;

5° Toute autre recette instituée par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur.

II. - Les dépenses au titre des régimes complémentaires obligatoires mentionnés à l'article L. 635-1, retracées dans la section décrite au b des 2° et 3° de l'article R. 611-70, sont constituées, chacun en ce qui le concerne, par :

1° Les dotations et, éventuellement, les subventions et avances versées aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8 pour le service des prestations servies ;

2° La part des charges de fonctionnement et des dépenses en capital des budgets mentionnés au 5° de l'article R. 611-18, ainsi que les dépenses d'action sociale attribuées à la caisse nationale et aux



caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8, au titre de la gestion du régime complémentaire obligatoire ;

3° Toute autre charge instituée en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

## **Sous-section 2 : Régimes d'assurance invalidité-décès.**

### **Article R635-11**

I. - Les ressources des régimes d'assurance invalidité-décès mentionnés à l'article L. 635-5, retracées dans la section décrite au c des 2° et 3° de l'article R. 611-70, sont constituées, chacun en ce qui le concerne, par :

1° Le produit des cotisations des assurés, ainsi que les majorations et pénalités de retard ;

2° Les produits financiers ;

3° Les dons et legs ;

4° Toute autre recette instituée par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur.

II. - Les dépenses des régimes d'assurance invalidité-décès mentionnés à l'article L. 635-5, retracées dans la section décrite au c des 2° et 3° de l'article R. 611-70, sont constituées, chacun en ce qui le concerne, par :

1° Les dotations et, éventuellement, les subventions et avances versées aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8 pour le service des prestations servies ;

2° La part des charges de fonctionnement et des dépenses en capital des budgets mentionnés au 5° de l'article R. 611-18 ainsi que les dépenses d'action sociale versées à la caisse nationale et aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8, au titre de la gestion du régime invalidité-décès ;

3° Toute autre charge instituée en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

# **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

## **Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés**

### **Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales**

#### **Chapitre 1er : Organisation administrative.**

#### **Section 2 : Sections professionnelles.**

##### **Article R641-1**

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales comprend dix sections professionnelles :

1° La section professionnelle des notaires ;

2° La section professionnelle des officiers ministériels, officiers publics et des compagnies judiciaires réunissant : les huissiers de justice, les personnes ayant la qualité de commissaire-priseur judiciaire ou de personne habilitée à diriger les ventes dans les conditions prévues à l'article L. 321-8 du code de commerce, les administrateurs judiciaires, les mandataires judiciaires, les greffiers des tribunaux de commerce, les arbitres près le tribunal de commerce ;

3° La section professionnelle des médecins ;

4° La section professionnelle des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes ;

5° La section professionnelle des pharmaciens ;

6° (Supprimé) ;

7° La section professionnelle des auxiliaires médicaux ;

8° La section professionnelle des vétérinaires ;

9° La section professionnelle des agents généraux d'assurance ;

10° La section professionnelle des experts-comptables ;

11° La section professionnelle des architectes, agréés en architecture, ingénieurs, techniciens, géomètres, experts et conseils, artistes auteurs ne relevant pas de l'article L. 382-1, enseignants, professionnels du sport, du tourisme et des relations publiques, et de toute profession libérale non

rattachée à une autre section.

## **Article R641-2**

Pour chaque section professionnelle, un conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de l'organisme.

## **Article R641-3**

Lorsque plusieurs sections se sont réunies pour réaliser une gestion administrative commune, l'obligation d'avoir un directeur et un agent comptable, prévue au premier alinéa de l'article L. 122-1, ne s'impose pas à chacune d'entre elles mais au groupe qu'elles ont constitué.

## **Article R641-4**

Le conseil d'administration, ou les conseils d'administration s'il s'agit d'un groupe, nomment le directeur et l'agent comptable et mettent fin à leurs fonctions.

Les fonctions de directeur et d'agent comptable ne peuvent être confiés qu'à des ressortissants majeurs des Etats de l'Union européenne, jouissant de leurs droits civils et civiques et n'ayant pas fait l'objet de condamnations ou de sanctions prévues au chapitre VIII du titre II du livre Ier du code de commerce.

Les fonctions d'agent comptable ne peuvent en outre être confiées qu'à des personnes titulaires d'un diplôme de comptable reconnu par l'Etat ou justifiant d'une expérience d'au moins cinq ans dans les fonctions de comptable.

## **Article R641-5**

Le directeur assure le fonctionnement de la section ou du groupe de sections suivant les directives et sous le contrôle du ou des conseils d'administration. Il nomme les agents de la section ou du groupe de sections avec l'accord du président en ce qui concerne les cadres et prend toute décision d'ordre individuel relative aux conditions générales d'emploi du personnel.

Chaque année, le directeur soumet au conseil les prévisions budgétaires concernant la gestion administrative et, le cas échéant, l'action sanitaire et sociale ainsi que les établissements d'action sanitaire et sociale gérés par la caisse. Il remet au conseil d'administration un rapport sur le fonctionnement administratif et financier de chaque section. Ce rapport doit être transmis au service mentionné à l'article R. 155-1 après examen par le conseil d'administration.

Dans les limites fixées par chaque conseil d'administration et sous son contrôle, le directeur engage les dépenses, constate les créances et les dettes, émet les ordres de recettes et de dépenses et peut, avec l'accord préalable du conseil d'administration et sous leur commune responsabilité, requérir qu'il soit passé outre au refus de visa ou de paiement éventuellement opposé par l'agent comptable.

## **Article R641-6**

L'agent comptable est placé sous l'autorité administrative du directeur. Il est chargé, sous sa propre responsabilité et sous le contrôle du ou des conseils d'administration, de l'exécution des opérations financières de la section ou du groupe des sections.

Les conditions dans lesquelles sa responsabilité pécuniaire peut être mise en jeu sont définies par décret. Aucune sanction ne peut être prise contre lui s'il justifie avoir agi en conformité des dispositions dudit décret. Sa gestion est garantie par un cautionnement dont le montant minimum est fixé dans les conditions déterminées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, les comptes annuels de chaque organisme sont établis par l'agent comptable et arrêtés par le directeur. Les comptes annuels de chaque organisme sont ensuite présentés par le directeur et l'agent comptable au conseil d'administration qui, au vu de l'opinion émise par l'instance chargée de la certification, les approuve, sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres.

## **Article R641-7**

Les articles R. 641-8 à R. 641-23 déterminent les règles communes à l'élection des membres des conseils d'administration des sections professionnelles.

Les modalités, particulières à chaque section professionnelle, concernant l'élection de ses administrateurs par l'ensemble de ses affiliés et, éventuellement, de ses allocataires, sont fixées par les statuts respectifs des sections. Il en est de même, le cas échéant, pour l'élection des administrateurs par les organes mentionnés à l'article R. 641-11.

## **Article R641-8**

La préparation des élections et les opérations électorales sont effectuées à la diligence du conseil d'administration de chaque section professionnelle.

## **Article R641-9**

Ne peuvent être électeurs en qualité de cotisants que les affiliés régulièrement inscrits à la section

professionnelle dont ils relèvent et à jour de leurs cotisations, ces conditions s'apprécient au 31 décembre précédant l'année au cours de laquelle a lieu l'élection.

Les statuts des sections professionnelles fixent les conditions dans lesquelles sont éventuellement électeurs les affiliés exonérés de cotisations et les allocataires.

### **Article R641-10**

Les affiliés d'une section professionnelle peuvent être, si les statuts de la section le décident, répartis en collèges distincts si la section est composée de membres de professions différentes ou si les membres d'une même profession désirent être répartis en collèges territoriaux.

### **Article R641-11**

Lorsqu'il existe soit un ordre professionnel, soit un conseil supérieur, soit une chambre nationale, institués par la loi, les statuts de la section professionnelle peuvent prévoir que les membres du conseil d'administration sont, en totalité ou en partie, élus par les organismes locaux, régionaux ou nationaux de ces ordre, conseil ou chambre.

### **Article R641-12**

Sont éligibles tous les électeurs ayant, dans leur profession, le nombre d'années de cotisations requis pour l'éligibilité par les statuts de la section, sans que ce nombre puisse être inférieur à cinq.

Les statuts des sections professionnelles fixent les conditions dans lesquelles sont éventuellement éligibles les électeurs affiliés exonérés de cotisations et les allocataires.

### **Article R641-13**

Les statuts de chaque section professionnelle fixent la composition de son conseil d'administration et le nombre des membres titulaires de ce conseil.

Lorsque les affiliés d'une section sont répartis en collèges professionnels ou territoriaux distincts, le conseil d'administration comprend au moins un administrateur pour chacun de ces collèges.

### **Article R641-14**

Des membres suppléants, en nombre égal à celui des membres titulaires, sont élus en même temps

et dans les mêmes conditions que ceux-ci.

### **Article R641-15**

Les déclarations de candidature sont adressées au président du conseil d'administration de la section professionnelle dans les conditions fixées par ses statuts.

### **Article R641-16**

Les statuts peuvent prévoir soit le vote en assemblée générale, soit le vote par correspondance, soit l'un et l'autre à la fois.

Le vote est secret.

Le vote par procuration est interdit.

Lorsque les affiliés d'une section sont répartis en collèges professionnels ou territoriaux distincts, chaque collègue ne vote que pour ses propres candidats, tant titulaires que suppléants.

### **Article R641-17**

Les résultats des élections des administrateurs, titulaires et suppléants, sont publiés au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale.

### **Article R641-18**

Les administrateurs titulaires ou suppléants sont élus pour une période de six ans.

Lorsqu'un administrateur cesse d'exercer l'activité professionnelle qu'il avait lors de son élection, les conditions dans lesquelles il conserve ou non son mandat sont fixées par les statuts de la section professionnelle.

Tout administrateur titulaire qui cesse d'exercer son mandat avant l'expiration de celui-ci est remplacé par un suppléant. Les statuts des sections professionnelles fixent les conditions dans lesquelles ce suppléant est désigné.

L'administrateur suppléant appelé en remplacement d'un titulaire n'exerce la fonction que pour la

durée restant à courir du mandat confié à son prédécesseur.

### **Article R641-19**

Les statuts des sections professionnelles peuvent prévoir que les conseils d'administration sont renouvelables par moitié tous les trois ans. Dans ce cas, les membres qui ne restent en fonction que pendant la première période de trois ans sont soit volontaires, soit, en l'absence de volontaires, désignés par voie de tirage au sort.

### **Article R641-20**

Les conseils d'administration sont renouvelés en entier lorsque le nombre de leurs membres élus directement titulaires devient, en cours de mandat, inférieur à la moitié du nombre des membres composant le conseil en vertu des statuts.

### **Article R641-21**

Les administrateurs sortants sont toujours rééligibles.

### **Article R641-22**

Les dépenses administratives entraînées par les opérations électorales sont imputées sur les frais de gestion administrative des sections professionnelles, chacune en ce qui la concerne.

## **Section 3 : Dispositions communes**

### **Article R641-24**

Les sections professionnelles sont considérées comme des organismes de base, au sens de l'article L. 153-2, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

### **Article R641-25**

Le montant du budget d'action sociale du régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales est décidé annuellement par le conseil d'administration de la caisse nationale sur proposition de son président avant le 31 décembre de l'exercice précédant celui de son utilisation. Ce budget ne peut excéder 1 % du total des prestations versées au titre de l'exercice précédent.

Un règlement de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, approuvé par le ministre chargé de la sécurité sociale, détermine les modalités d'affectation de ce budget, ainsi que les cas et conditions dans lesquelles l'action sociale est utilisée. Les statuts des sections professionnelles précisent, parmi ces cas et conditions, ceux mis en oeuvre au profit des actifs et des allocataires de la section professionnelle concernée.

## **Article R641-26**

I. - Les sections professionnelles transmettent à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, avant le 15 novembre de l'année précédant chaque exercice :

1° Un état prévisionnel des dépenses au titre du service des prestations du régime d'assurance vieillesse de base ;

2° Un budget prévisionnel de gestion administrative ;

3° Une répartition des coûts de gestion administrative des différents régimes qu'elles gèrent.

Un règlement de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, approuvé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, détermine les modalités d'attribution aux sections professionnelles des sommes nécessaires à la gestion administrative du régime d'assurance vieillesse de base.

A défaut d'approbation de ce règlement, les budgets de gestion administrative du régime d'assurance vieillesse de base sont déterminés dans les conditions fixées au II du présent article.

II. - Le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales arrête, sur le rapport de son agent comptable, les clés de répartition des coûts de gestion administrative de l'ensemble des sections professionnelles.

Le budget de gestion administrative par affilié du régime d'assurance vieillesse de base correspond à la moyenne des coûts de gestion administrative par affilié de chaque section.

Lorsqu'une section professionnelle a des coûts de gestion administrative par affilié au titre de l'exercice à venir plus élevés que la moyenne, le président de la Caisse nationale l'invite à prendre les mesures appropriées pour que ces coûts puissent tendre vers cette moyenne. La section invitée à améliorer sa gestion doit présenter un plan de convergence dont la durée de réalisation ne peut excéder trois ans. Ce plan inclut le détail chiffré et justifié de l'ensemble des mesures propres à améliorer la situation constatée. Il peut inclure l'adhésion d'une section à un groupe ou comporter un échéancier de fusion du ou des régimes de retraite ou d'invalidité-décès de la section avec un ou



plusieurs autres régimes de retraite ou d'invalidité-décès. Au vu de ce plan, le président de la Caisse nationale propose au conseil d'administration l'attribution d'une subvention spéciale permettant de couvrir tout ou partie des coûts de gestion administrative du régime d'assurance vieillesse de base de la section intéressée excédant le budget de gestion administrative déterminé en application de l'alinéa précédent. Le conseil d'administration approuve, avant le 31 décembre de chaque année, la dotation dont dispose chaque section au titre de la gestion administrative du régime d'assurance vieillesse de base pour l'exercice à venir.

Si, à la fin d'un exercice, le compte de gestion administrative d'une section professionnelle présente un excédent, celui-ci peut être affecté, sur proposition du président de la section intéressée, pour partie à l'action sociale de la section.

Si le compte de gestion administrative d'une section est déficitaire à la fin d'un exercice, le conseil d'administration de la caisse nationale, sur proposition de son président, peut soit décider l'amortissement de tout ou partie du déficit sur le budget de gestion administrative de la section intéressée pour l'exercice suivant, soit accorder une subvention spéciale à ladite section.

En cas de carence dans l'exercice des compétences définies au présent article, le ministre chargé de la sécurité sociale peut, dans les cas prévus aux articles L. 153-4 et L. 153-5 du présent code, faire usage des pouvoirs qu'il tient de ses articles.

## **Article R641-27**

Les sections professionnelles suivent dans des comptes distincts les opérations afférentes au régime d'assurance vieillesse de base, les opérations afférentes aux régimes d'assurance vieillesse complémentaire ainsi que celles afférentes aux régimes complémentaires d'assurance invalidité-décès.

Un compte de résultat est établi à la clôture des comptes pour chacun des régimes visés à l'alinéa précédent. Aucune compensation ne peut intervenir entre les résultats excédentaires et déficitaires de chaque régime.

Les régimes complémentaires doivent prévoir des avantages révisables chaque année, selon les ressources qui peuvent y être affectées.

Lorsqu'un régime complémentaire d'assurance vieillesse ou d'assurance invalidité-décès s'applique à plusieurs activités professionnelles particulières relevant de sections professionnelles distinctes, la gestion de ce régime est assurée par une des sections professionnelles intéressées sous le contrôle d'un comité composé de membres des professions en cause.

## **Chapitre 2 : Organisation financière**

### **Section 1 : Recouvrement**

## **Article R642-1**

En cas de recouvrement contentieux des cotisations du régime de base et du régime complémentaire, les cotisations du régime de base sont prélevées par priorité sur les sommes recouvrées.

## **Chapitre 3 : Affiliation - Prestations de base**

### **Section 1 : Affiliation à la section professionnelle.**

#### **Article R643-1**

Toute personne qui commence ou cesse d'exercer une profession libérale est tenue de le déclarer dans le délai d'un mois à la section professionnelle dont elle relève, en vue de son immatriculation ou de sa radiation. La date d'effet de l'immatriculation ou de la radiation est le premier jour du trimestre civil suivant le début ou la fin de l'activité professionnelle.

#### **Article R643-2**

Les personnes exerçant ou n'ayant exercé qu'une profession libérale sont affiliées à la section professionnelle dont relève cette profession.

#### **Article R643-3**

La section professionnelle à laquelle doivent être affiliées les personnes exerçant ou ayant exercé simultanément plusieurs professions libérales relevant de sections professionnelles différentes est déterminée conformément aux dispositions énumérées ci-après par ordre de priorité dans leur application :

1°) lorsqu'une de leurs activités est exercée en vertu d'une nomination par l'autorité publique, elles sont affiliées à la section dont relève ladite activité ;

2°) lorsque plusieurs de leurs activités sont exercées en vertu de nomination par l'autorité publique, elles sont affiliées à la section dont relève l'activité exercée en vertu de leur première nomination ; toutefois, la nomination à une charge de notaire entraîne toujours affiliation à la section des notaires, à dater de la prestation de serment en cette qualité ;

3°) lorsqu'une de leurs activités relève d'un ordre professionnel institué en vertu d'une loi, elles sont affiliées à la section dont relève ladite activité ;

4°) lorsque plusieurs de leurs activités relèvent d'ordres professionnels institués en vertu de lois, elles sont affiliées à la section de leur choix, parmi celles auxquelles elles pourraient être affiliées ;

5°) dans tous les autres cas, elles sont affiliées à la section professionnelle de leur choix, parmi celles auxquelles elles pourraient prétendre être affiliées.

Dans les cas mentionnés aux 4° et 5° qui précèdent et à défaut de choix par la personne intéressée, son affiliation est effectuée au bénéfice de la section professionnelle la plus diligente à l'inscrire, sauf à l'intéressé à exprimer un choix dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception lui ayant été adressée par ladite section pour l'informer de son affiliation d'office.

Cette affiliation prend effet à partir de la date à laquelle la personne intéressée a rempli pour la première fois les conditions utiles pour être affiliée à l'organisation autonome des professions libérales.

#### **Article R643-4**

Les experts qui exercent une profession relevant d'une section professionnelle sont affiliés à ladite section même lorsque leur activité se limite uniquement à des expertises.

#### **Article R643-5**

Pour les personnes venant à exercer simultanément plusieurs activités mais qui, lors de leur affiliation, n'exerçaient qu'une activité, l'affiliation ainsi déterminée ne peut être changée aussi longtemps qu'elles continuent à exercer la profession sur laquelle elle a été fondée, sauf si une des nouvelles professions exercées l'est en vertu d'une nomination par l'autorité publique ou comporte l'inscription à un ordre professionnel, auxquels cas une nouvelle affiliation est déterminée conformément aux dispositions des 1°, 2°, 3° et 4° de l'article R. 643-3.

## **Section 2 : Ouverture des droits et liquidation des prestations de base.**

#### **Article R643-6**

L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du trimestre civil qui suit la

demande de l'intéressé.

### **Article R643-7**

La réduction prévu au troisième alinéa du I de l'article L. 643-3 est fonction, soit du nombre de trimestres correspondant à la durée séparant l'âge auquel la pension de retraite prend effet du soixante-cinquième anniversaire s'ils remplissent les conditions prévues au 1° bis ou au 1° ter de l'article L. 351-8 ou aux III ou IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites ou, dans le cas contraire, de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8, soit du nombre de trimestres supplémentaires qui serait nécessaire, à la date d'effet de la pension de retraite, pour relever du deuxième alinéa du I de l'article L. 643-3. Le nombre de trimestres correspondant est éventuellement arrondi au chiffre immédiatement supérieur. Le plus petit de ces deux nombres est pris en considération.

Le coefficient de minoration est égal à 1,25 % par trimestre manquant dans la limite de vingt trimestres.

### **Article R643-8**

La majoration prévue au dernier alinéa du I de l'article L. 643-3 est applicable au titre des périodes d'activité ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplies à compter du 1er janvier 2004 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.

Cette majoration est égale à 0,75 % par trimestre.

### **Article R643-9**

Il est statué sur l'inaptitude au travail par les sections professionnelles suivant les modalités fixées par les statuts de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales qui déterminent la procédure de constatation.

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension de retraite et de ses accessoires au titre de l'inaptitude au travail vaut décision de rejet.

### **Article R643-10**

Lorsque les cotisations arriérées n'ont pas été acquittées dans le délai de cinq ans suivant la date de leur exigibilité, les périodes correspondantes ne sont pas prises en considération pour le calcul de la pension de retraite.

## **Article R643-11**

Lorsqu'une personne a exercé successivement plusieurs professions libérales relevant de sections professionnelles distinctes, ses droits à l'assurance vieillesse de base sont liquidés par la section professionnelle à laquelle elle a été affiliée en dernier lieu.

## **Section 3 : Ouverture du droit et liquidation des pensions de réversion**

### **Article R643-12**

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension de réversion et de ses accessoires présentée par une personne relevant du présent chapitre vaut décision de rejet.

## **Chapitre 4 : Régimes complémentaires vieillesse - Régimes invalidité-décès**

### **Article R644-1**

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension d'invalidité et de ses accessoires vaut décision de rejet.

### **Article R644-2**

Les dispositions des articles L. 243-7 à L. 243-14, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 à L. 244-12, R. 244-4, R. 244-5 et R. 244-7 sont applicables au recouvrement des cotisations aux régimes d'assurance vieillesse complémentaire prévus au premier alinéa de l'article L. 644-1 et aux régimes d'assurance invalidité-décès prévus à l'article L. 644-2.

## **Chapitre 5 : Avantages complémentaires ouverts aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés**

### **Section 1 : Dispositions générales.**

## **Article R645-1**

La durée minimum d'exercice d'activité professionnelle mentionnée à l'article L. 645-1 est fixée à un an.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés**

#### **Titre 5 : Dispositions communes à l'assurance maladie-maternité et à l'assurance vieillesse**

##### **Chapitre 1 : Contributions d'équilibre**

###### **Section 1 : Contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.**

###### **Article R651-5-1**

La demande de l'organisme de recouvrement mentionnée au premier alinéa de l'article L. 651-5-1 est motivée et adressée par lettre recommandée avec accusé de réception.

L'organisme de recouvrement, ayant constaté une inexactitude, une insuffisance, une omission ou une dissimulation dans les éléments servant au calcul de la contribution, notifie au redevable, par lettre recommandée avec accusé de réception, un document mentionnant l'objet des opérations de contrôle, les documents consultés, la période vérifiée, le mode de calcul et le montant du redressement envisagé.

Le redevable dispose d'un délai de trente jours pour faire part à l'organisme de recouvrement de sa réponse à cette notification, par lettre recommandée avec accusé de réception. Lorsque ce délai est écoulé, en l'absence de réponse ou si les observations de l'intéressé sont rejetées en tout ou en partie, la mise en recouvrement intervient sur la base du montant du redressement notifié ou en conséquence modifié.

Si les observations du redevable sont produites dans le délai légal, l'organisme de recouvrement est tenu de notifier à l'intéressé, par lettre recommandée avec accusé de réception, l'abandon total ou partiel du redressement dès lors qu'elles sont reconnues fondées ou de motiver leur rejet.

L'organisme ne peut engager la mise en recouvrement de la contribution et des majorations faisant l'objet du redressement avant l'expiration du délai de réponse prévu au troisième alinéa du présent article.

Le redevable qui ne s'est pas conformé aux prescriptions prévues au présent article est passible d'une amende de 1 500 Euros. L'amende est applicable dès l'expiration du délai de réponse

mentionné au troisième alinéa du présent article.

## **Chapitre 2 : Dispositions diverses.**

### **Section 1 : Pénalités**

#### **Article R652-1**

Sera punie de la peine d'amende applicable aux contraventions de la 5e classe toute personne physique proposant à une personne légalement tenue de cotiser à un régime d'assurance obligatoire institué par le livre VI, et qui n'est pas à jour des cotisations qu'elle doit à ce titre, de souscrire ou de renouveler un contrat ou une clause de contrat garantissant les risques couverts à titre obligatoire par ce régime.

Sera punie de la même peine toute personne légalement tenue de cotiser à un régime d'assurance obligatoire institué par le livre VI qui souscrit ou renouvelle un contrat ou une clause de contrat garantissant les risques couverts à titre obligatoire par ce régime alors qu'elle n'est pas à jour des cotisations qu'elle doit au titre de ce régime.

En cas de récidive, la peine d'amende encourue est celle qui est prévue pour la récidive des contraventions de la 5e classe.

### **Section 2 : Opposition entre les mains de tiers détenteurs**

#### **Sous-section 1 : Procédure d'opposition**

##### **Article R652-2**

L'opposition prévue à l'article L. 652-3 est notifiée au tiers détenteur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La lettre d'opposition comporte à peine de nullité :

1° Le nom du débiteur et l'adresse de son domicile ou, si elle est différente, celle de son établissement ;

2° Les nom et domicile du tiers détenteur ou, s'il s'agit d'une personne morale, sa dénomination et le lieu de son siège social ou de l'établissement distinct ;



3° La dénomination et le siège de l'organisme créancier au bénéfice duquel l'opposition est faite ;

4° La nature du titre exécutoire sur le fondement duquel l'opposition est effectuée ;

5° Le décompte distinct des cotisations et des majorations et pénalités de retard pour le recouvrement desquelles l'opposition est effectuée et la période à laquelle elles se rapportent ;

6° L'indication que les créances en cause bénéficient du privilège et, le cas échéant, la désignation de la juridiction auprès de laquelle les créances en cause ont donné lieu à inscription de privilège ;

7° L'indication que l'opposition est effectuée sur le fondement des articles L. 652-3 et R. 652-2 à R. 652-8 du code de la sécurité sociale ;

8° L'indication que le tiers détenteur est personnellement tenu envers le créancier et qu'il lui est fait défense de disposer des sommes réclamées, dans la limite de ce qu'il doit au débiteur ;

9° L'indication que l'opposition emporte, à concurrence des sommes pour lesquelles elle est effectuée, attribution immédiate au profit du créancier ; qu'en cas d'insuffisance de fonds celui-ci vient en concours avec les autres créanciers, même privilégiés, auteurs de mesures de prélèvement emportant attribution immédiate notifiées au cours de la même journée ; que ni la notification ultérieure d'une autre mesure de prélèvement, ni la survenance d'un jugement portant ouverture d'une procédure de sauvegarde ou de redressement ou d'une liquidation judiciaires ne remettent en cause cette attribution ;

10° L'indication que le tiers détenteur dispose d'un délai de deux jours pour communiquer à l'organisme créancier tous renseignements et pièces justificatives relatifs à l'étendue de ses obligations à l'égard du débiteur ainsi que les modalités qui pourraient les affecter et, s'il y a lieu, les cessions de créances, délégations ou saisies antérieures ;

11° L'indication que le tiers détenteur qui se soustrait à ses obligations sans motif légitime peut être contraint d'y satisfaire sous peine d'astreinte et condamné au paiement des causes de l'opposition ;

12° L'indication que le tiers détenteur peut contester l'opposition dans le délai d'un mois à compter de la notification qui lui a été faite et la désignation de la juridiction compétente.

Lorsque l'opposition porte sur des fonds détenus par un organisme public tel que défini à l'article 1er du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général sur la comptabilité publique, la lettre d'opposition doit, à peine de nullité, être adressée au comptable public assignataire de la dépense et contenir, outre les mentions précédentes, la désignation de la créance faisant l'objet de l'opposition. A cette fin, le créancier peut requérir de l'ordonnateur qu'il lui indique le comptable public assignataire de la dépense ainsi que tous les renseignements nécessaires à la mise en oeuvre de la mesure.

L'article R. 52-11 du code des postes et télécommunications et l'article L. 221-5 du code monétaire

et financier sont applicables.

### **Article R652-3**

Dans le délai de huit jours à compter de la notification de l'opposition au tiers détenteur, à peine de caducité de celle-ci, le créancier adresse au débiteur une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, comportant les mentions prévues aux 1° à 9° de l'article précédent, l'indication qu'il peut contester l'opposition dans le délai d'un mois à compter de la notification qui lui a été faite et la désignation de la juridiction compétente.

### **Article R652-4**

Tout intéressé peut demander que les sommes faisant l'objet de l'opposition soient consignées entre les mains d'un séquestre désigné à l'amiable ou, à défaut, sur requête par le juge de l'exécution visé à la sous-section 4. La remise des fonds au séquestre arrête le cours des intérêts dus par le tiers détenteur.

## **Sous-section 2 : Déclaration du tiers détenteur.**

### **Article R652-5**

Les informations prévues à l'article 44 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution, ainsi que les pièces justificatives, sont adressées au créancier par le tiers détenteur, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dans le délai de deux jours à compter de la notification de la lettre d'opposition.

## **Sous-section 3 : Paiement par le tiers détenteur.**

### **Article R652-6**

Le tiers détenteur procède au paiement sur la présentation d'un certificat délivré par le secrétariat-greffe du juge de l'exécution visé à la sous-section 4, attestant qu'aucune contestation n'a été formulée dans le mois suivant la notification de l'opposition au débiteur. Le paiement peut intervenir avant l'expiration de ce délai si le débiteur a déclaré au créancier ne pas contester l'opposition. Cette déclaration doit être constatée par écrit.

Le créancier qui a reçu le paiement en donne quittance au tiers détenteur et en informe le débiteur.

Dans la limite des sommes versées, ce paiement éteint l'obligation du débiteur et du tiers détenteur. Si le débiteur se libère directement de sa dette entre les mains du créancier, celui-ci en informe le tiers détenteur et donne la mainlevée de l'opposition.

Le créancier qui n'a pas été payé par le tiers détenteur conserve ses droits contre le débiteur. En cas de refus de paiement par le tiers détenteur, la contestation est portée devant le juge de l'exécution visé à la sous-section 4, qui peut délivrer un titre exécutoire contre le tiers détenteur.

Les oppositions et toute autre mesure d'exécution emportant effet d'attribution immédiate lorsqu'elles sont reçues le même jour par le tiers détenteur, même si elles émanent de créanciers privilégiés, sont réputées faites simultanément et viennent en concours si les sommes disponibles ne permettent pas de désintéresser la totalité des créanciers. La réception ultérieure d'autres oppositions ou d'autres mesures d'exécution emportant effet d'attribution immédiate, même émanant de créanciers privilégiés, ainsi que la survenance d'un jugement portant ouverture d'une procédure de sauvegarde ou de redressement judiciaire ou d'une liquidation judiciaire ne remettent pas en cause l'effet d'attribution immédiate prévu par l'article L. 652-3.

## **Sous-section 4 : Contestations.**

### **Article R652-7**

Les contestations sont portées devant le juge de l'exécution du lieu où le débiteur a son domicile ou, s'il est différent, du lieu de son établissement. Si le débiteur demeure à l'étranger ou si le lieu où il demeure est inconnu, le juge de l'exécution compétent est celui du domicile du tiers détenteur ou, s'il s'agit d'une personne morale, du lieu de son siège social ou de l'établissement distinct.

Le juge de l'exécution donne effet à l'opposition pour la fraction non contestée de la dette. Sa décision est exécutoire sur minute. En cas d'appel, la demande de sursis à exécution n'a pas d'effet suspensif.

S'il apparaît que ni le montant de la créance faisant l'objet de l'opposition ni la dette du tiers détenteur n'est sérieusement contestable, le juge de l'exécution peut ordonner provisionnellement le paiement d'une somme qu'il détermine en prescrivant, le cas échéant, des garanties. Sa décision n'a pas autorité de chose jugée au principal.

Après la notification aux parties en cause de la décision rejetant la contestation, le tiers détenteur paie le créancier sur présentation de cette décision.

## **Sous-section 5 : Dispositions spécifiques aux créances à exécution successive.**

### **Article R652-8**

Les dispositions des sous-sections 1 à 4 de la présente section sont applicables en cas de créances à exécution successive, sous réserve de l'application des dispositions des articles 70 à 72 du décret n° 92-755 du 31 juillet 1992 instituant de nouvelles règles relatives aux procédures civiles d'exécution pour l'application de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991.

Une opposition à tiers détenteur sur des créances à exécution successive pratiquée à l'encontre d'un débiteur avant la survenance d'un jugement portant ouverture d'une procédure de sauvegarde ou de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire contre celui-ci produit ses effets sur les sommes échues en vertu de cette créance après ledit jugement.

## **Sous-section 6 : Dispositions spécifiques aux oppositions effectuées auprès d'établissements habilités par la loi à tenir des comptes de dépôt.**

### **Article R652-9**

Les dispositions des sous-sections 1 à 4 de la présente section sont applicables aux oppositions effectuées auprès d'établissements habilités par la loi à tenir des comptes de dépôt, sous réserve de l'application des dispositions des articles 44 à 49, 74 à 76, 78 et 79 du décret n° 92-755 du 31 juillet 1992 instituant de nouvelles règles relatives aux procédures civiles d'exécution pour l'application de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991.

Lorsque l'opposition est effectuée sur un compte joint, le tiers détenteur, dans un délai de huit jours à compter de la notification de la lettre d'opposition, en informe les autres titulaires du compte par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

## **Section 3 : Contrôle**

### **Article R652-14**

Les travailleurs non salariés des professions non agricoles sont tenus de présenter aux agents mentionnés à l'article L. 652-6 tous documents que ceux-ci leur demandent aux fins de l'exercice du contrôle, et notamment ceux concourant à la détermination de l'assiette des cotisations de sécurité sociale et au montant de ces dernières.

Le cas échéant, ces agents doivent communiquer par écrit les observations faites au cours du contrôle au cotisant, qui peut y répondre dans un délai de quinze jours. A l'expiration de ce délai, ils transmettent le procès-verbal faisant état des observations, accompagné s'il y a lieu de la réponse de l'intéressé, à l'organisme dont ils relèvent.

Les agents chargés du contrôle peuvent également procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations.

## **Section 4 : Bonification de certaines pensions**

### **Article R652-15**

En application du premier alinéa de l'article L. 652-5, les personnes mentionnées audit article bénéficient d'une bonification de pension au titre de chacun de leurs mandats de président ou d'administrateur commencés après la publication de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, y compris dans les cas où des mandats sont exercés simultanément.

Cette bonification est calculée au moment de la liquidation de la pension. Elle est égale par année de mandat à un 1/240 du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année de la liquidation.

En cas de cessation d'activité, de démission ou de liquidation des droits à pension en cours de mandat, la durée ouvrant droit à la bonification est calculée du premier jour du mois suivant l'élection jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel prend effet la cessation d'activité, la démission ou la pension de vieillesse.

### **Article R652-16**

La charge de la bonification incombe à l'organisation autonome d'assurance vieillesse dont relève l'activité professionnelle exercée pendant le mandat.

# **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

## **Livre 7 : Régimes divers**

### **Dispositions diverses**

#### **Titre 4 : Assurance personnelle**

##### **Assurance volontaire**

###### **Chapitre 2 : Assurance volontaire vieillesse et assurance volontaire invalidité**

###### **Section 1 : Dispositions concernant le régime des salariés**

###### **Sous-section 2 : Anciens assurés obligatoires.**

# **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

## **Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses**

### **Titre 1 : Régimes spéciaux**

#### **Chapitre 1er : Dispositions générales**

##### **Article R711-1**

Restent soumis à une organisation spéciale de sécurité sociale, si leurs ressortissants jouissent déjà d'un régime spécial au titre de l'une ou de plusieurs des législations de sécurité sociale :

1°) les administrations, services, offices, établissements publics de l'Etat, les établissements industriels de l'Etat et l'Imprimerie Nationale, pour les fonctionnaires, les magistrats et les ouvriers de l'Etat ;

2°) les régions, les départements et communes ;

3°) les établissements publics départementaux et communaux n'ayant pas le caractère industriel ou commercial ;

4°) les activités qui entraînent l'affiliation au régime d'assurance des marins français institué par le décret-loi du 17 juin 1938 modifié ;

5°) les entreprises minières et les entreprises assimilées, définies par le décret n° 46-2769 du 27 novembre 1946, à l'exclusion des activités se rapportant à la recherche ou à l'exploitation des hydrocarbures liquides ou gazeux ;

6°) la société nationale des chemins de fer français ;

7°) les chemins de fer d'intérêt général secondaire et d'intérêt local et les tramways ;

8°) les exploitations de production, de transport et de distribution d'énergie électrique et de gaz ;

9°) la Banque de France ;

10°) le Théâtre national de l'Opéra de Paris et la Comédie Française.

## **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 R711-2**

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les modalités de versement des cotisations afférentes aux assurés soumis à un régime spécial pour une partie des législations de sécurité sociale.

## **Sous-section 1 : Cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les revenus de remplacement.**

### **Article R711-3**

Les dispositions des articles R. 243-36 à R. 243-41 et R. 246-2 sont applicables au recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les indemnités, allocations et revenus de remplacement [\*des allocations chômage\*] mentionnés à l'article L. 131-2 servis par des personnes autres que l'employeur à des assurés relevant de l'un des régimes [\*spéciaux\*] de sécurité sociale prévus à l'article L. 711-1.

### **Article R711-4**

Lorsque les avantages [\*allocations chômage\*] mentionnés à l'article R. 711-3 sont servis par l'employeur, les cotisations assises sur ces avantages sont versées par celui-ci à l'organisme chargé du recouvrement de cotisations d'assurance maladie dont il relève, dans les mêmes conditions, et suivant les mêmes modalités de contrôle et les mêmes sanctions que les cotisations assises sur les salaires payés par l'employeur.

### **Article R711-6**

Bénéficiaire de l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 711-2 :

1°) les personnes totalement privées d'emploi qui perçoivent soit l'un des avantages mentionnés à



l'article R. 711-3 versés par les institutions prévues à la section V du chapitre 1er du titre V du livre III du code du travail, soit le revenu d'activité maintenu aux titulaires de l'indemnité de formation, lorsque le montant journalier de ces avantages n'excède pas le septième du produit de la valeur horaire du salaire minimum de croissance en vigueur à la date du paiement par le nombre d'heures correspondant à la durée légale hebdomadaire du travail ;

2°) les personnes totalement privées d'emploi qui perçoivent les avantages mentionnés à l'article R. 711-4 lorsque le montant mensuel de ces avantages n'excède pas le douzième du produit de la valeur horaire du salaire minimum de croissance en vigueur à la date du paiement par le nombre d'heures correspondant à cinquante-deux fois la durée légale hebdomadaire du travail ;

3°) les personnes partiellement privées d'emploi, lorsque le montant cumulé de leur rémunération d'activité et des avantages mentionnés à l'article R. 711-3 n'excède pas la valeur déterminée, selon le cas, au 1° ou au 2° ci-dessus.

Les montants maximum des rémunérations et avantages déterminés en application des dispositions du présent article sont arrondis à l'euro supérieur.

## **Article R711-7**

La cotisation prélevée sur l'avantage indemnisant la cessation d'activité est réduite, le cas échéant, de telle sorte que soit assuré au bénéficiaire de cet avantage un montant minimal de prestations correspondant au seuil d'exonération déterminé comme il est dit à l'article R. 711-6 ci-dessus.

En cas de cessation partielle d'activité, il est tenu compte, pour déterminer si le seuil d'exonération est atteint, du total constitué par l'avantage net indemnisant cette cessation et la rémunération nette d'activité.

## **Sous-section 2 : Cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès assises sur les avantages de retraite**

### **Paragraphe 1 : Cotisations assises sur les avantages de retraite servis aux ressortissants de certains régimes mentionnés à l'article L. 711-1**

## **Article R711-9**

La cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès à laquelle sont assujettis, en application de l'article L. 711-2, les pensionnés des régimes spéciaux qui sont placés sous le régime général de sécurité sociale pour les risques précités est précomptée par le régime qui assure le paiement des retraites et reversée par lui à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du siège de l'organisme débiteur.

La périodicité du versement de cette cotisation est celle qui est fixée pour le régime général par les articles R. 243-27 à R. 243-35 et R. 246-1.

## **Paragraphe 2 : Cotisations assises sur les avantages de retraite complémentaire servis par un organisme autre que les institutions des régimes spéciaux.**

### **Article R711-13**

L'encaissement des cotisations assises sur les avantages de retraite complémentaire servis aux pensionnés des régimes spéciaux par un organisme autre que les institutions gestionnaires desdits régimes est opéré par l'intermédiaire des organismes de recouvrement du régime général de sécurité sociale dans les conditions fixées aux articles R. 243-29 à R. 243-34.

Le régime général reverse annuellement aux régimes d'assurance maladie créanciers les cotisations qui leur sont dues en application de l'article L. 131-1. La répartition de ces cotisations est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, compte tenu des effectifs des retraités concernés de chacun des régimes.

### **Article R711-14**

Les articles R. 243-59 et R. 244-3 s'appliquent au recouvrement des cotisations assises sur les avantages de retraite, le débiteur de ces avantages étant assimilé à l'employeur.

Pour l'application de ces articles, ainsi que de l'article L. 374-1, des sections 2 à 5 du chapitre 3 du titre IV du livre II et du chapitre 4 des mêmes titre et livre, le débiteur des avantages de retraite est assimilé à un employeur, l'avantage de retraite à un salaire et le bénéficiaire de cet avantage à un salarié.

## **Paragraphe 3 : Dispositions diverses.**

### **Article R711-15**

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 711-2, les conditions d'exonération des cotisations dues par les pensionnés des régimes spéciaux relevant des articles R. 711-1 et R. 711-24 sont celles fixées pour les cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès assises sur les avantages de retraite servis au titre d'une activité professionnelle relevant du régime général de sécurité sociale.

Il en est de même pour les titulaires des avantages de retraite servis par les organismes gestionnaires des régimes spéciaux en application des dispositions de la sous-section 1 de la section 1 du chapitre 3 du titre VII du livre Ier et des prestations de retraite complémentaires desdits avantages à la charge de ces mêmes organismes.

## **Article R711-16**

Les dispositions des articles R. 133-1 à R. 133-3, R. 244-4, R. 244-5, R. 244-7 et R. 244-8 s'appliquent au recouvrement des cotisations prévues par la présente section.

## **Section 2 : Prestations.**

### **Article R711-17**

L'organisation spéciale de sécurité sociale prévue à l'article L. 711-1 assure aux travailleurs des branches d'activités ou entreprises mentionnées à l'article R. 711-1, pour l'ensemble des prestations de chaque risque, des prestations équivalentes aux prestations du régime général de sécurité sociale, sans que les avantages de même nature déjà accordés antérieurement au 1er juillet 1946 puissent être réduits ou supprimés.

### **Article R711-18**

L'article R. 322-9 est applicable, sauf dispositions plus favorables, aux personnes qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

### **Article R711-19**

L'âge mentionné au dernier alinéa de l'article L. 711-11 est fixé à vingt et un ans.

### **Article R711-19-1**

Lorsqu'une demande de liquidation ou de révision d'une pension de retraite et de ses accessoires, présentée par une personne relevant des régimes spéciaux prévus aux 5°, 6°, 7° et 9° de l'article R. 711-1, ainsi que des régimes spéciaux des clercs et employés de notaire, de la chambre de commerce et d'industrie de Paris et du Port autonome de Strasbourg est subordonnée à l'appréciation de l'état de santé de l'intéressé, le silence gardé pendant plus de quatre mois sur cette

demande vaut décision de rejet.

### **Article R711-19-2**

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension de réversion et de ses accessoires présentée par une personne relevant de l'un des régimes spéciaux mentionnés aux 1° à 9° de l'article R. 711-1 et à l'article R. 711-24, à l'exception des personnes relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, vaut décision de rejet.

### **Article R711-19-3**

Le silence gardé pendant plus de six mois sur la demande de validation rétroactive de services présentée par une personne relevant de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article R. 711-1, à l'exception des personnes relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, vaut décision de rejet.

## **Section 3 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.**

### **Article R711-20**

Les chapitres 2 à 4 du titre IV du livre I [\*contentieux\*] s'appliquent, sous réserve des dispositions des articles R. 711-21 et R. 711-22, aux contestations concernant les régimes spéciaux de sécurité sociale mentionnés aux articles R. 711-1 et R. 711-24, lorsqu'elles ne relèvent pas, par leur nature, d'un autre contentieux.

### **Article R711-21**

Lorsque la gestion du régime spécial est confiée à un conseil d'administration ou à un comité, quelle que soit sa dénomination, dans lequel les assurés et les employeurs sont représentés, la commission prévue à l'article R. 142-1 est composée et fonctionne selon les modalités fixées en application de cet article.

Dans le cas contraire, les réclamations sont portées devant une commission comprenant, pour moitié, des représentants des assurés désignés par les organisations syndicales les plus représentatives et, pour moitié, des représentants de l'employeur désignés par celui-ci.

Sous cette réserve, les dispositions des articles R. 142-1 à R. 142-6 sont applicables.

Dans tous les cas, le pouvoir de décision en matière gracieuse reste dévolu à l'autorité prévue par la législation ou la réglementation applicable au régime spécial, qui peut, toutefois, déléguer à la commission tout ou partie de ses pouvoirs, conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article R. 142-4.

### **Article R711-23**

Les décrets mentionnés à l'article L. 711-1 déterminent également les modalités de liaison de l'organisation spéciale avec l'organisation générale de la sécurité sociale en ce qui concerne notamment :

1°) la compensation nationale des charges de famille ;

2°) l'action sanitaire et sociale et la prévention des accidents du travail.

### **Article R711-24**

Des décrets fixent la date d'immatriculation au régime général de sécurité sociale des salariés mentionnés à l'article 23 du décret du 28 octobre 1935 qui ne relèvent pas d'une branche d'activité ou d'une entreprise soumise à une organisation spéciale de sécurité sociale en application de l'article R. 711-1. Jusqu'à cette date, les dispositions antérieurement en vigueur demeurent applicables.

Les décrets mentionnés au premier alinéa déterminent les conditions dans lesquelles les cotisations d'assurances sociales viennent en déduction des cotisations prévues par le régime spécial.

Les décrets mentionnés au premier alinéa fixent les modalités de la transformation du régime spécial en régime complémentaire des assurances sociales et, le cas échéant, les conditions dans lesquelles les prestations du régime spécial se cumulent avec celles du régime général de sécurité sociale. En ce qui concerne l'assurance vieillesse et l'assurance invalidité, les institutions du régime spécial peuvent être subrogées dans les droits des assurés à l'égard des prestations qui seraient dues à ces derniers au titre de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale.

En aucun cas, la transformation du régime spécial ne doit avoir pour conséquence la suppression des avantages de même nature prévus par le régime spécial en faveur de la catégorie intéressée, compte tenu des avantages dont celle-ci bénéficie au titre du régime général de sécurité sociale.

Les décrets mentionnés au premier alinéa déterminent la part des charges du régime spécial qui incombe au régime général de sécurité sociale en contrepartie des cotisations qui sont versées à ce dernier. Il est tenu compte, à cet égard, des droits que les intéressés auraient acquis sous le régime général s'ils avaient été affiliés à ce régime pendant la période au cours de laquelle ils ont été soumis au régime spécial en application de l'article 23 du décret du 28 octobre 1935.

## **Article R711-25**

Les stagiaires de la formation professionnelle continue rémunérés par l'Etat dans les conditions définies au titre VI du livre IX du code du travail qui relèvent d'un régime spécial de sécurité sociale de salariés bénéficient des dispositions des articles R. 373-1 à R. 373-4.

## **Article R711-26**

Le décret prévu à l'article L. 711-12 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et des ministres intéressés.

# **Chapitre 2 : Régime des fonctionnaires de l'Etat et des magistrats**

## **Section 3 : Organisation administrative.**

### **Article R712-1**

Les modalités de calcul et de répartition des remises de gestion qui sont destinées à la couverture des frais de gestion administrative afférents au service des prestations légales aux fonctionnaires sont déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé du budget.

# **Chapitre 3 : Régime des militaires**

## **Section 2 : Dispositions relatives aux soins et aux prestations**

### **Sous-section 1 : Prestations en nature.**

#### **Article R713-1**

L'article R. 322-9 est applicable, sauf dispositions plus favorables, aux personnes qui relèvent du présent chapitre.

## **Section 4 : Caisse nationale militaire de sécurité sociale.**

### **Article R713-2**

La caisse nationale militaire de sécurité sociale instituée par l'article L. 713-19 est un établissement public national à caractère administratif doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière.

### **Article R713-3**

La caisse nationale militaire de sécurité sociale est administrée par un conseil d'administration comprenant :

1°) un conseiller d'Etat en activité ou honoraire, ou un conseiller ou ancien conseiller d'Etat en service extraordinaire, désigné pour trois ans par l'assemblée générale du conseil d'Etat, président. Son mandat est renouvelable ;

2°) onze membres représentant l'Etat ;

3°) onze membres représentant les affiliés à la caisse.

Les représentants de l'Etat sont :

1° Le secrétaire général pour l'administration du ministère de la défense ou son représentant ;

2° Le directeur du service de santé des armées ou son représentant ;

3° Le directeur chargé des actions sociales ou son représentant ;

4° Le directeur des services financiers ou son représentant ;

5° Sept membres désignés par le ministre de la défense.

Les représentants de l'Etat autres que les membres de droit sont désignés pour trois ans. Leur mandat est renouvelable.

Les représentants des affiliés à la caisse sont :

1° Un officier et un membre non officier de l'armée de terre ;

2° Un officier et un membre non officier de la marine ;

3° Un officier et un membre non officier de l'armée de l'air ;

4° Un officier et un membre non officier de la gendarmerie ;

5° Un ingénieur de statut militaire ;

6° Deux représentants des personnels retraités.

Les représentants des affiliés sont désignés par le ministre de la défense pour trois ans. Leur mandat est renouvelable.

Au conseil d'administration sont adjoints, avec voix consultative :

1° Un médecin désigné pour trois ans par la Confédération générale des syndicats médicaux ;

2° Un représentant du Conseil supérieur de la fonction militaire désigné, pour la durée de son mandat, par le ministre de la défense sur proposition du Conseil supérieur de la fonction militaire ;

3° Un représentant du personnel de la caisse élu dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la défense et de la sécurité sociale.

Leurs mandats sont renouvelables.

Assistent aux séances du conseil d'administration, avec voix consultative, le directeur de la caisse nationale militaire de sécurité sociale et le membre du corps du contrôle général économique et financier.

Les administrateurs qui, au cours de leur mandat, perdent la qualité au titre de laquelle ils ont été désignés sont remplacés par l'autorité ayant procédé à leur désignation. Le mandat des nouveaux administrateurs cesse à la même date que celui des administrateurs qu'ils remplacent.

En cas de vacance, le conseil d'administration doit être complété dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle la vacance s'est produite.

Un commissaire du Gouvernement représentant le ministre chargé de la sécurité sociale assiste aux séances du conseil et des commissions ayant reçu délégation de celui-ci. Il est entendu chaque fois qu'il le demande.

## **Article R713-4**

Le conseil d'administration se réunit au moins quatre fois par an et toutes les fois qu'il est convoqué par son président. Il ne peut délibérer valablement que si onze au moins de ses membres sont présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

## **Article R713-5**

Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de la caisse.

Sous réserve de l'application des dispositions prévues par les décrets n° 53-1227 du 10 décembre 1953 et n° 62-1587 du 29 décembre 1962, les délibérations du conseil d'administration deviennent exécutoires de plein droit s'il n'y a pas opposition du ministre chargé du budget ou du ministre chargé de la sécurité sociale, dans les vingt jours qui suivent la communication à eux faite des délibérations. Cette communication doit obligatoirement intervenir dans les vingt jours qui suivent la séance. En cas d'urgence, le ministre chargé de la sécurité sociale peut, en accord avec le ministre chargé du budget, viser une délibération pour exécution immédiate.

Au vu de l'opinion émise par l'instance chargée de la certification, il approuve les comptes sauf vote



contraire à la majorité des deux tiers des membres.

### **Article R713-6**

Le règlement du service des prestations, établi par le conseil d'administration, est soumis à l'approbation du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale. Il ne peut être modifié que dans les mêmes formes.

### **Article R713-7**

Le conseil d'administration procède à l'étude de tous les problèmes sanitaires et sociaux concernant les affiliés à la caisse. Il arrête chaque année le programme de l'action sanitaire et sociale que la caisse, agissant en liaison avec le service de l'action sociale et la direction du service de santé du ministère chargé des armées, est chargée de promouvoir en faveur de ses ressortissants. Il pourvoit, pour ce qui relève de ses attributions, à la mise en oeuvre de ce programme.

### **Article R713-8**

Le conseil d'administration fixe le montant des crédits affectés chaque année à la réalisation de l'action sanitaire et sociale ainsi que, le cas échéant, à l'attribution des prestations supplémentaires, dans les limites fixées par arrêté conjoint du ministre de la défense, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

La nature des prestations supplémentaires et les catégories de bénéficiaires sont fixées dans une annexe du règlement du service de prestations soumise à l'approbation du ministre de la défense, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Pour l'attribution des prestations supplémentaires, le conseil d'administration délègue ses pouvoirs à une commission composée de quatre membres choisis dans son sein.

### **Article R713-9**

Le directeur et le ou les directeurs adjoints de la caisse nationale militaire de sécurité sociale sont nommés par décret pris sur le rapport des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de la défense après avis du conseil d'administration. Il est mis fin à leurs fonctions par décret.

Le directeur de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale et le ou les directeurs adjoints sont nommés parmi les personnes remplissant l'une des conditions suivantes :

- a) Etre inscrit sur la liste d'aptitude mentionnée à l'article R. 123-45 du code de la sécurité sociale ;
- b) Etre depuis huit ans militaire ou fonctionnaire de catégorie A et avoir une expérience dans le domaine de la protection sociale ou de l'action sociale.

## **Article R713-10**

Le directeur de la caisse nationale militaire de sécurité sociale assure le fonctionnement de la caisse, sous le contrôle du conseil d'administration. A cet effet, il prend toutes mesures utiles pour assurer l'application des textes législatifs et réglementaires et celle des délibérations exécutoires du conseil d'administration.

Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile et peut former pourvoi devant toutes les juridictions. Il conclut les transactions et en rend compte au conseil d'administration à sa plus prochaine séance.

Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement dans les conditions prévues par les décrets n° 53-1227 du 10 décembre 1953 et n° 62-1587 du 29 décembre 1962. Il arrête les comptes annuels du régime.

Le directeur a sous son autorité le personnel de la caisse. Il a délégation permanente pour signer les arrêtés de concession de pension concernant les fonctionnaires de la caisse, à l'exception des arrêtés pris à l'égard des fonctionnaires nommés par décret.

## **Article R713-11**

Le ou les directeurs adjoints assistent le directeur de la caisse dans l'exercice de ses fonctions. Lorsqu'il y a plusieurs directeurs adjoints, le directeur désigne celui d'entre eux qui le remplace en cas d'absence ou d'empêchement. Ce dernier exerce dans ce cas les pouvoirs confiés au directeur par la présente section.

En cas d'absence momentanée ou d'empêchement d'un directeur adjoint, le directeur peut, avec l'autorisation du conseil d'administration, se faire suppléer dans ses fonctions d'ordonnateur, par un agent de la caisse spécialement désigné à cet effet.

## **Article R713-12**

Sous l'autorité technique du directeur central du service de santé des armées, le médecin-chef des services médicaux est responsable du fonctionnement du service du contrôle médical.

Il est le conseiller technique du conseil d'administration de la caisse et du directeur, notamment en matière sanitaire et sociale.

Le médecin-chef adjoint assiste le chef des services médicaux dans l'exercice de ses fonctions et le remplace en cas d'absence ou d'empêchement.

## **Article R713-13**

Le médecin-chef des services médicaux de la caisse nationale militaire de sécurité sociale et le médecin-chef adjoint sont choisis sur une liste d'aptitude de trois médecins des armées établie, pour chacun de ces emplois, par le directeur central du service de santé des armées.

La nomination est prononcée par le directeur de la caisse nationale militaire de sécurité sociale, après accord du conseil d'administration \*autorités compétentes\*.

La caisse nationale militaire de sécurité sociale assure aux médecins des armées ainsi nommés les émoluments correspondant aux soldes, accessoires de soldes et indemnités attachés à leur grade.

## **Article R713-14**

Sous réserve des dispositions particulières prévues par la présente section, la caisse nationale militaire de sécurité sociale est soumise au régime financier et comptable défini par les articles 14 à 25 du décret n° 53-1227 du 10 décembre 1953 et 151 à 189 du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962, ainsi que par l'article 60 de la loi de finances pour 1963 relatif à la responsabilité des comptables publics.

## **Article R713-15**

Le budget comprend l'ensemble des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement. Il est présenté de manière à faire apparaître séparément les prévisions des services administratifs, celles du contrôle médical, et celles de l'action sanitaire et sociale.

Les crédits inscrits aux chapitres budgétaires sont limitatifs, à l'exception des crédits ouverts pour le paiement des prestations obligatoires qui ont un caractère évaluatif.

Le budget est approuvé par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale pour la partie relative aux services administratifs, et par arrêté conjoint du ministre de la défense, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale pour les parties relatives au contrôle médical et à l'action sanitaire et sociale.

En cours d'année, les modifications aux prévisions du budget font l'objet de décisions modificatives approuvées dans les mêmes conditions que le budget.

Toutefois, le pouvoir d'approbation est délégué au membre du corps du contrôle général économique et financier lorsque les décisions modificatives ont pour objet d'autoriser des transferts de crédits de chapitre à chapitre.

## **Article R713-16**

L'agent comptable de la caisse est nommé par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du

ministre chargé de la sécurité sociale, sur présentation du conseil d'administration. Il est mis fin à ses fonctions par arrêté conjoint des mêmes ministres.

L'agent comptable établit les comptes annuels du régime. Il les présente avec le directeur au conseil d'administration.

### **Article R713-17**

Indépendamment des contrôles prévus par le décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962, les opérations de la caisse nationale militaire de sécurité sociale sont soumises aux vérifications du contrôle général des armées et de l'inspection générale de la sécurité sociale.

### **Article R713-18**

L'arrêté prévu au deuxième alinéa de l'article L. 713-21 est pris par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Les mêmes ministres approuvent la convention prévue au dernier alinéa du même article.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses**

#### **Titre 2 : Régimes divers de non salariés et assimilés**

##### **Chapitre 1er : Régime des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses**

##### **Section 2 : Organisation de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes et assurance vieillesse.**

##### **Sous-section 3 : Cotisations.**

###### **Article R721-37**

La mise en demeure prévue à l'article L. 244-2 est adressée par la caisse au débiteur vingt jours après la date d'échéance. Elle ne peut concerner que les périodes relevant du régime institué par l'article L. 721-1, comprises dans les trois années qui précèdent la date de son envoi.

La mise en demeure donne le détail des sommes réclamées au titre des cotisations, des pénalités et des majorations de retard.

Elle précise que la dette peut être contestée dans le délai d'un mois par une réclamation adressée à la commission de recours amiable et accompagnée de la mise en demeure. Elle indique l'adresse de ladite commission.

###### **Article R721-38**

A défaut de règlement dans le délai d'un mois à partir de la mise en demeure, le directeur de la caisse peut délivrer une contrainte dans les conditions fixées par l'article L. 244-9 et la section 2 du chapitre III du titre III du livre Ier.

## **Article R721-39**

L'admission en non-valeur des cotisations ne peut être prononcée par le conseil d'administration moins d'un an [\*délai\*] après la date de leur exigibilité et seulement en cas d'insolvabilité du débiteur et de disparition du débiteur ne laissant aucun actif saisissable.

## **Chapitre 2 : Régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (maladie, maternité, décès)**

### **Section 1 : Champ d'application - Affiliation.**

#### **Article R722-1**

La durée d'exercice d'activité mentionnée au 1° du deuxième alinéa de l'article L. 722-1 est fixée à un mois.

#### **Article R722-2**

La durée minimum d'exercice d'activité mentionnée au premier alinéa de l'article L. 722-2 est fixée à cinq ans.

### **Section 3 : Prestations.**

#### **Article R722-3**

Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 722-6 et sous réserve des modalités de coordination entre les régimes d'assurance maladie, les prestations cessent d'être accordées aux personnes mentionnées à l'article L. 722-1 à l'expiration d'un délai d'un mois suivant la date soit de cessation d'effet de la convention ou de l'adhésion personnelle, soit de cessation de l'exercice non salarié de la profession.

#### **Article R722-4**

L'assuré qui cesse d'appartenir au régime d'assurance maladie, maternité, décès prévu au présent chapitre et, sans interruption, relève du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles institué par le titre I du livre VI ou réciproquement est régi par les dispositions suivantes.

Le droit aux prestations prévues par le régime auquel appartenait l'assuré lui est supprimé, sous réserve des dispositions de l'article L. 161-15-2, à l'expiration du délai d'un mois à compter du jour où il a cessé de remplir les conditions d'assujettissement à ce régime.

Si le nouveau régime dont il relève est le régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles, le droit aux prestations lui est ouvert à l'expiration du délai d'un mois à compter de la date d'effet de l'affiliation comportant obligation de cotiser.

Si le nouveau régime dont il relève est le régime d'assurance maladie, maternité, décès prévu au présent chapitre, le droit aux prestations lui est ouvert dans les conditions prévues pour l'application de l'article L. 722-6.

## **Article R722-5**

L'article R. 322-9 est applicable sauf dispositions plus favorables aux personnes qui relèvent du présent chapitre.

# **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 R723-1**

La caisse instituée à l'article L. 723-1 est un établissement privé, dont le siège est à Paris. Elle est administrée par un conseil d'administration, dont les membres sont désignés dans les conditions prévues aux articles R. 723-3 à R. 723-6.

#### **Article R723-2**

L'assemblée générale se compose de :

1° Deux délégués désignés par l'ordre des avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation ;

2° Cent vingt-neuf délégués élus par tous les avocats inscrits au tableau ou admis au stage, affiliés à la caisse et étant en règle au 31 décembre de l'année précédente pour le paiement de leurs cotisations, à l'exception des avocats qui bénéficient des dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 723-11-1 ;

3° Quatorze délégués élus par les bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'invalidité y compris les avocats qui bénéficient des dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 723-11-1.

Les délégués sont élus ou désignés pour six ans au scrutin secret. Les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de suffrages sont proclamés élus. En cas de décès ou de démission d'un délégué élu, celui-ci est remplacé, sans qu'il y ait lieu de procéder à de nouvelles élections, par le candidat non élu ayant obtenu le plus grand nombre de voix.

Les statuts fixent les modalités des élections ; ils prévoient notamment, pour les avocats inscrits au tableau ou admis au stage, la constitution de groupements correspondant au ressort d'une ou de plusieurs cours d'appel et le nombre des délégués élus par chaque groupement.

Sont déclarés démissionnaires d'office, par l'assemblée générale, les délégués qui, sans excuse valable, n'ont pas assisté à trois séances successives de l'assemblée générale.

### **Article R723-3**

Le conseil d'administration comprend trente-huit membres titulaires et trente-huit membres suppléants.

Pour chaque groupe, les membres sont désignés ainsi qu'il suit :

1° Un parmi les avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation ;

2° Douze parmi les avocats au barreau de Paris ;

3° Vingt et un parmi les avocats des autres barreaux ;

4° Quatre parmi les bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'invalidité.

### **Article R723-4**



L'administrateur titulaire et l'administrateur suppléant représentant les avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation sont désignés pour six ans par le conseil de l'ordre.

Les administrateurs titulaires et les administrateurs suppléants représentant les bénéficiaires d'une pension de retraite sont élus pour six ans par leurs délégués à l'assemblée générale.

Les administrateurs mentionnés au présent article sont indéfiniment renouvelables.

### **Article R723-5**

Les autres membres du conseil d'administration sont élus pour six ans et indéfiniment renouvelables.

Ils sont élus par les délégués mentionnés à l'article R. 723-2 réunis en un seul collège, à la majorité absolue des membres présents.

Si, après un premier tour de scrutin, des sièges restent à pourvoir, il est procédé à un deuxième tour ; l'élection a lieu alors à la majorité relative.

Les membres suppléants sont élus dans les mêmes conditions.

Les autres modalités de l'élection des administrateurs sont fixées par les statuts.

### **Article R723-6**

Les procès-verbaux de l'élection des membres de l'assemblée générale et de l'élection des administrateurs sont adressés, dans un délai de cinq jours, au procureur général près la cour d'appel dans le ressort duquel est situé le siège de la caisse.

Dans les dix jours de l'élection, tout électeur peut déposer au greffe de la cour d'appel du siège de la caisse une réclamation sur la régularité de l'élection. Dans les dix jours de la réception du procès-verbal, le procureur général a le même droit.

### **Article R723-7**

Les fonctions d'administrateur sont gratuites ; elles donnent droit, s'il y a lieu, au remboursement des frais de déplacement et au versement d'indemnités dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R723-8**

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un bureau comprenant un président, huit vice-présidents et un secrétaire. Les vice-présidents peuvent suppléer le président en cas d'empêchement.

Le président est élu pour deux années consécutives. La présidence appartient alternativement à un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation ou à un avocat du barreau de Paris d'une part, à un avocat appartenant à un barreau des départements d'autre part.

Les autres membres du bureau sont élus pour un an.

## **Article R723-9**

Le conseil d'administration se réunit au moins une fois par trimestre ; il est en outre convoqué chaque fois qu'il est nécessaire par son président, soit sur l'initiative de celui-ci, soit sur la demande du ministre chargé de la sécurité sociale, soit sur la demande du quart au moins des membres du conseil.

## **Article R723-10**

Le conseil d'administration ne peut valablement délibérer que si le tiers au moins des membres en exercice assiste à la séance. Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

## **Article R723-11**

Les administrateurs suppléants peuvent assister au conseil d'administration. Ils ne peuvent participer au vote que lorsqu'ils sont appelés à remplacer, dans les conditions fixées par les statuts, les administrateurs titulaires de la même catégorie.

## **Article R723-12**

Sont déclarés démissionnaires d'office, par le conseil d'administration, les administrateurs titulaires ou suppléants qui, sans excuse valable, n'ont pas assisté à trois séances consécutives du conseil d'administration.

Lorsqu'un administrateur cesse d'exercer l'activité professionnelle qu'il avait lors de son élection, les conditions dans lesquelles il conserve ou non son mandat sont fixées par les statuts de la Caisse nationale des barreaux français.

Tout administrateur titulaire qui cesse d'exercer son mandat avant l'expiration de celui-ci est remplacé par un suppléant. Les statuts de la Caisse nationale des barreaux français fixent les conditions dans lesquelles ce suppléant est désigné.

L'administrateur suppléant appelé en remplacement d'un titulaire n'exerce la fonction que pour la durée restant à courir du mandat confié à son prédécesseur.

### **Article R723-13**

Sous réserve des dispositions de l'article L. 723-1, les statuts de la Caisse nationale des barreaux français sont arrêtés, sur proposition du conseil d'administration, par l'assemblée générale des délégués.

L'arrêté prévu au troisième alinéa de l'article L. 723-1 est pris par le ministre chargé du budget et le ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R723-14**

Un directeur est nommé par le conseil d'administration et agréé par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Un agent comptable est nommé par le conseil d'administration et agréé par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Ni le directeur, ni l'agent comptable ne peuvent être choisis parmi les membres du conseil d'administration.

Le retrait de l'agrément par l'un des ministres intéressés entraîne pour ces agents la cessation de leurs fonctions.

Le directeur et l'agent comptable peuvent être révoqués par le conseil d'administration.

### **Article R723-15**

Le directeur assure, sous le contrôle du conseil d'administration, le fonctionnement de la caisse. Il assiste, avec voix consultative, aux séances du conseil.

Le directeur a seule autorité sur le personnel. Il fixe l'organisation du travail dans les services et

prend toutes mesures d'ordre individuel ou collectif relative aux conditions générales d'emploi du personnel.

Dans les limites fixées par le conseil d'administration, il engage les dépenses, constate les créances et les dettes, émet les ordres de recettes et de dépenses.

Il peut, avec l'accord préalable du conseil d'administration, requérir qu'il soit passé outre au refus de visa ou de paiement éventuellement opposé par l'agent comptable.

## **Article R723-16**

L'agent comptable est placé sous l'autorité administrative du directeur. Il est chargé, sous sa responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, dans les conditions qui sont précisées par les statuts, de l'ensemble des opérations financières de la caisse.

Avant d'entrer en fonctions, l'agent comptable est assujéti à un cautionnement dont le montant, fixé par le conseil d'administration, ne peut être inférieur au minimum du cautionnement auquel sont astreints les agents comptables des caisses de sécurité sociale. Ce cautionnement est réalisé en numéraire ou en rentes sur l'Etat. Il est déposé à la Caisse des dépôts et consignations dans les conditions déterminées par les consignations administratives. Toutefois, il peut être remplacé, avec l'autorisation du conseil d'administration, par l'affiliation de l'agent comptable à une association de cautionnement mutuel.

Le conseil d'administration ne peut délivrer un certificat de quitus à l'agent comptable lors de la cessation de ses fonctions qu'après une vérification complète de sa gestion effectuée par un fonctionnaire dépendant soit du ministre chargé de la sécurité sociale, soit du ministre chargé du budget. Le certificat de quitus ne peut être délivré qu'à l'expiration d'un délai de trois mois à dater de la cessation des fonctions.

## **Article R723-17**

Le conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français fixe le montant de l'encaisse que l'agent comptable est autorisé à conserver.

## **Sous-section 2 : Ressources.**

### **Article R723-18**

La cotisation prévue au premier alinéa de l'article L. 723-5 et la cotisation prévue au premier alinéa de l'article L. 723-6 sont dues par tous les avocats affiliés à la Caisse nationale des barreaux français. Leurs montants respectifs sont fixés, chaque année, sur proposition du conseil d'administration de la caisse, par l'assemblée générale prévue à l'article R. 723-2, statuant à la

majorité simple des membres présents ou représentés. Dans le cas où cette majorité n'est pas réunie, le montant de chacune de ces cotisations est de plein droit égal à celui de l'année précédente.

## **Article R723-19**

Pour le calcul de la cotisation prévue au deuxième alinéa de l'article L. 723-5, les avocats non salariés sont tenus de déclarer chaque année, avant le 30 avril, à la Caisse nationale des barreaux français, les revenus professionnels nets imposables qu'ils ont réalisés au cours de l'avant-dernière année civile. En cas d'absence de déclaration, la caisse fixe elle-même le montant des revenus à prendre en compte pour le calcul des cotisations, dans la limite du plafond de revenus prévu au deuxième alinéa de l'article L. 723-5. Une régularisation de la cotisation peut être effectuée à la demande de l'avocat, sur présentation de l'avis d'imposition correspondant ou de tout justificatif desdits revenus délivré ou certifié par les services des impôts.

La cotisation dont sont redevables les assurés en début d'activité est assise sur un revenu forfaitaire qui ne peut excéder, au titre de l'année ou de la fraction d'année de début d'exercice, le tiers du plafond prévu à l'article L. 241-3 et qui est égal à la moitié dudit plafond au titre de l'année suivante.

### **Article R723-19-1**

La cotisation d'assurance invalidité-décès d'un conjoint collaborateur est une cotisation forfaitaire égale au quart ou à la moitié de la cotisation forfaitaire obligatoire dont est redevable l'avocat en vertu de l'article L. 723-6.

Cette cotisation est due pour tous les conjoints collaborateurs affiliés à la Caisse nationale des barreaux français en vertu de l'article R. 723-32. Elle est exigible et versée dans les conditions prévues aux articles R. 723-20 et R. 723-25.

### **Article R723-19-2**

Le choix de la fraction retenue pour le calcul de la cotisation définie à l'article R. 723-19-1 est effectué par le conjoint collaborateur et communiqué par écrit à la Caisse nationale des barreaux français au plus tard deux mois suivant son affiliation. Si aucun autre choix de cotisation n'est effectué, la cotisation est égale au quart de celle due par l'avocat.

Ce choix s'applique pour la première fois aux cotisations dues au titre de l'année d'affiliation et des deux années civiles suivantes. Sauf demande contraire du conjoint collaborateur effectuée par écrit au plus tard un mois avant la fin de la dernière année civile considérée, ce choix est reconduit pour une période de trois ans renouvelable dans les mêmes conditions.

### **Article R723-20**

Pour les avocats non salariés, en cas d'inscription au tableau ou sur la liste du stage en cours d'année civile, et pour les conjoints collaborateurs, en cas de réception par le centre de formalités des

entreprises de la déclaration mentionnée au 1° ou au 2° de l'article R. 121-5 du code de commerce en cours d'année civile, les cotisations sont calculées au prorata du nombre de jours de l'année civile restant à courir à compter du premier jour du trimestre civil suivant celui de la date d'inscription ou de la réception de la déclaration susmentionnée.

En cas de cessation d'inscription au tableau ou sur la liste du stage en cours d'année civile ou de radiation du conjoint collaborateur dans les conditions mentionnées au 3° de l'article R. 121-5 du code de commerce, les cotisations sont calculées au prorata du nombre de jours de l'année civile restant à courir jusqu'au dernier jour du trimestre civil au cours duquel est intervenue la fin de l'inscription ou celle de la radiation. Si les cotisations ont été payées pour l'année entière, le trop perçu est remboursé par la Caisse nationale des barreaux français au plus tard dans le mois suivant la demande de l'intéressé.

### **Article R723-21**

Sont redevables de la cotisation annuelle due au titre de leur exercice libéral au prorata du nombre de jours correspondant à cet exercice pendant l'année civile :

- l'avocat salarié poursuivant son exercice à titre libéral ;
- l'avocat exerçant à titre d'avocat salarié après avoir exercé à titre libéral.

### **Article R723-22**

Aucune cotisation n'est due par l'avocat exerçant à titre libéral ou pour un conjoint collaborateur, lorsqu'ils sont bénéficiaires de la pension pour invalidité permanente prévue à l'article R. 723-56.

### **Article R723-23**

Une exonération, totale ou partielle, des cotisations forfaitaires au profit des avocats non salariés et de leurs conjoints collaborateurs dont l'état de maladie, dûment constaté par un expert désigné par le bureau, aura été d'une durée supérieure à six mois ainsi que l'exonération du paiement ou la réduction soit de ces cotisations en cas d'insuffisance justifiée de ressources, soit des majorations de retard en cas de bonne foi dûment prouvée peuvent être prononcées par une commission de trois membres désignés par le conseil d'administration en son sein. Cette commission statue discrétionnairement.

### **Article R723-24**

Aucune cotisation n'est due pour les périodes pendant lesquelles l'avocat salarié établit sa qualité de bénéficiaire :

1° D'un revenu de remplacement versé en application de l'article L. 351-2 du code du travail ;

2° De prestations en espèces de l'assurance maladie, de l'assurance maternité ou de l'assurance invalidité lorsqu'il ne peut prétendre au maintien intégral de son salaire en application soit de dispositions législatives ou réglementaires, soit de stipulations conventionnelles.

Ces périodes sont comptées de date à date.

### **Article R723-25**

Les cotisations sont portables.

Les cotisations doivent être payées chaque année à la date fixée par les statuts. En cas de silence des statuts, elles doivent être payées dans leur intégralité le 30 avril au plus tard. Dans les cas prévus à l'article R. 723-20, elles sont exigibles dans le délai d'un mois suivant leur notification.

Les statuts peuvent prévoir le paiement des cotisations par acomptes provisionnels. Ils fixent les modalités de paiement des cotisations.

Le non-paiement des cotisations à la date d'échéance entraîne application de majorations de retard. Le taux de ces majorations est fixé par les statuts de la Caisse nationale des barreaux français sans qu'il puisse toutefois dépasser le taux prévu à l'article R. 243-18.

### **Article R723-26**

Le rôle des cotisations est établi par le conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français. Il est transmis au premier président et au procureur général de chaque cour d'appel accompagné des requêtes aux fins de délivrance des titres exécutoires.

## **Sous-section 3 : Organisation financière et comptable.**

### **Article R723-27**

Les dispositions des articles R. 623-2 à R. 623-10-4 relatives à l'organisation financière des régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles sont applicables à l'organisation financière du régime des avocats.

## **Article R723-28**

Il est ouvert dans la comptabilité de la Caisse nationale des barreaux français quatre comptes distincts concernant le premier les prestations du régime de base, le deuxième les prestations du régime complémentaire, le troisième les prestations du régime invalidité-décès, et le quatrième le fonds d'action sociale.

Le premier compte reçoit, outre l'intégralité du produit des droits de plaidoirie, le montant des cotisations personnelles prévues à l'article L. 723-5.

Le deuxième compte reçoit les cotisations prévues à l'article L. 723-15.

Le troisième compte reçoit les cotisations prévues à l'article L. 723-6.

Le quatrième compte reçoit les recettes prévues aux 1° et 2° de l'article R. 723-57.

Les frais généraux relatifs au fonctionnement des quatre comptes font l'objet d'une avance faite par le régime de retraite de base, puis répartis entre chaque compte selon des modalités fixées par les statuts.

## **Article R723-29**

La Caisse nationale des barreaux français constitue quatre fonds de réserve distincts, alimentés chacun par les excédents annuels du compte correspondant.

Lorsque le déficit d'un compte ne peut pas être intégralement couvert par son fonds de réserve, il peut être exceptionnellement opéré un prélèvement temporaire sur le fonds de réserve d'un autre compte, dans la limite du dixième de l'actif de celui-ci.

Le montant de cet emprunt et les intérêts au taux légal doivent être remboursés par une majoration de cotisation au cours de l'exercice suivant.

Les prestations ne sont garanties que dans la limite des ressources affectées au compte correspondant.

## **Article R723-30**

Les comptes financiers et le bilan annuel sont soumis, dans les trois mois de la clôture de l'exercice, à l'examen du ministre chargé de la sécurité sociale.

Un exemplaire est adressé au ministre chargé du budget et au receveur général des finances de



Paris.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1 du présent code, les comptes annuels du régime sont établis par l'agent comptable et arrêtés par le directeur. Les comptes annuels sont ensuite présentés par le directeur et l'agent comptable au conseil d'administration qui, au vu de l'opinion émise par l'instance chargée de la certification, les approuve sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres.

## **Sous-section 4 : Dispositions diverses.**

### **Article R723-31**

Avant le 1er mars de chaque année, chaque bâtonnier adresse à la Caisse nationale des barreaux français la liste, arrêtée au 1er janvier de la même année, des avocats et des personnes morales inscrits au tableau ou admis au stage, précisant leur domicile professionnel ainsi que :

1° Pour les avocats, outre leur date de naissance, celle de l'inscription au tableau ou de l'admission au stage, le mode d'exercice et, le cas échéant, les coordonnées de l'employeur ;

2° Pour les personnes morales, leur dénomination, leur structure juridique et la liste de leurs associés.

Tout changement intervenant en cours d'année doit être signalé sans délai à la caisse par le bâtonnier.

### **Article R723-32**

L'affiliation à la Caisse nationale des barreaux français prend effet à la date à laquelle l'avocat est inscrit au tableau ou au stage. La radiation prend effet à la date à laquelle il cesse d'y figurer.

L'affiliation des conjoints collaborateurs prend effet à la date de la réception, par le centre de formalités des entreprises, de la déclaration mentionnée au 1° ou 2° de l'article R. 121-5 du code de commerce. La radiation prend effet à la date de réception, par le centre de formalités des entreprises, de la déclaration mentionnée au 3° du même article.

### **Article R723-33**

Les avocats mentionnés à l'article L. 723-1 sont tenus de présenter aux agents de la Caisse nationale des barreaux français, dans les conditions prévues à l'article L. 652-6, tous documents qui leur sont demandés par ces agents aux fins de l'exercice du contrôle, et notamment ceux concourant à la détermination de l'assiette des cotisations de sécurité sociale et au montant de ces dernières.

Le cas échéant, ces agents doivent communiquer par écrit les observations faites au cours du contrôle au cotisant, qui peut y répondre dans un délai de quinze jours. A l'expiration de ce délai, ils transmettent le procès-verbal faisant état des observations, accompagné, s'il y a lieu, de la réponse de l'intéressé, à l'organisme dont ils relèvent.

Les agents chargés du contrôle peuvent également procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations.

## **Section 2 : Contrôle de l'administration.**

### **Article R723-34**

Les commissaires du Gouvernement, qui représentent le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget assistent aux séances du conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

La Caisse nationale des barreaux français fait en outre l'objet de vérifications de l'inspection générale des finances et du receveur général des finances de Paris.

### **Article R723-35**

L'opposition prévue à l'article L. 723-8 doit être formulée dans le délai d'un mois à compter du jour de la communication de la délibération de l'assemblée générale des délégués de la Caisse nationale des barreaux français au ministre chargé du budget et au ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Section 3 : Prestations**

### **Sous-section 1 : Prestations de retraite de base**

#### **Paragraphe 1 : Pension d'assuré**

### **Article R723-37**

Lorsque, à la date d'entrée en jouissance de la pension, l'intéressé justifie, dans le présent régime et dans un ou plusieurs autres régimes d'assurance vieillesse de base, de la durée d'assurance fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1, le montant de la pension de retraite est

déterminé selon le nombre de trimestres d'assurance validés par la Caisse nationale des barreaux français :

1° Si ce nombre est au moins égal à la durée d'assurance telle qu'elle résulte de l'application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1, le montant de la pension de retraite est celui fixé en application de l'article R. 723-43 ;

2° Si ce nombre est inférieur à la durée d'assurance telle qu'elle résulte de l'application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et au moins égal à soixante, le montant de la pension est celui fixé en application de l'article R. 723-43 calculé proportionnellement au nombre de trimestres validés ;

3° Si ce nombre est inférieur à soixante, il est fait application des dispositions de l'article L. 723-11. La fraction de l'allocation aux vieux travailleurs salariés est calculée proportionnellement au nombre de trimestres validés par la Caisse nationale des barreaux français.

### **Article R723-38**

La réduction prévue au troisième alinéa du I de l'article L. 723-10-1 est fonction soit du nombre de trimestres correspondant à la durée séparant l'âge auquel la pension de retraite prend effet du soixante-cinquième anniversaire s'ils remplissent les conditions prévues au 1° bis ou au 1° ter de l'article L. 351-8 ou aux III ou IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites ou, dans le cas contraire, de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8, soit du nombre de trimestres supplémentaires qui serait nécessaire, à la date d'effet de la pension de retraite, pour relever du deuxième alinéa du I de l'article L. 723-10-1. Le plus petit de ces nombres est pris en considération.

Le coefficient de minoration est égal à 1,25 % par trimestre manquant dans la limite de vingt trimestres.

### **Article R723-39**

La majoration prévue au dernier alinéa du I de l'article L. 723-10-1 est applicable au titre des périodes d'activité ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplies à compter du 1er janvier 2004 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.

Cette majoration est égale à 0,75 % par trimestre accompli à compter du 1er janvier 2004 et avant le 1er juillet 2010 et à 1,25 % par trimestre accompli à compter du 1er juillet 2010.

### **Article R723-40**

Pour les avocats exerçant à titre libéral, sont comptées comme périodes d'assurance dans le présent régime :

1° Les périodes ayant donné lieu au versement effectif des cotisations. Les cotisations versées à la Caisse nationale des barreaux français sont arrêtées au dernier jour du trimestre civil précédant la date prévue pour l'entrée en jouissance de la retraite de base, sans préjudice des dispositions de l'article L. 723-10 ;

2° Les périodes ayant donné lieu aux exonérations de cotisations prononcées en application des articles L. 723-5-1 et R. 723-23 ;

3° Les périodes de perception de l'allocation pour invalidité temporaire prévue à l'article R. 723-54 et de la pension pour invalidité permanente prévue à l'article R. 723-56 ;

4° Les périodes mentionnées à l'article L. 161-19 et les périodes assimilées définies par les mesures réglementaires d'application de cet article ;

5° Les périodes attribuées au titre des majorations de durée d'assurance pour enfants mentionnées à l'article L. 351-4, lorsque l'assuré n'a relevé d'aucun autre régime que celui de la Caisse nationale des barreaux français, ou lorsque celle-ci a compétence pour attribuer ces majorations en application de l'article R. 173-15. Ces périodes ne peuvent avoir pour effet de porter le total des périodes d'assurance au-delà de la durée d'assurance mentionnée au 1° de l'article R. 723-37.

Les périodes mentionnées aux 3° et 4° du présent article sont comptées de date à date au titre de l'année civile et ouvrent droit à la validation d'un trimestre d'assurance par période de quatre-vingt-dix jours, le solde étant compté pour un trimestre s'il est égal ou supérieur à soixante jours.

## **Article R723-41**

Pour les avocats salariés, sont comptées comme périodes d'assurance dans le présent régime :

1° Les périodes ayant donné lieu au versement effectif des cotisations. Ces périodes sont comptées de date à date au titre de l'année civile et ouvrent droit à la validation d'un trimestre d'assurance par période de quatre-vingt-dix jours, le solde étant compté pour un trimestre s'il est supérieur ou égal à soixante jours ;

2° Les périodes définies à l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale ;

3° Les périodes attribuées au titre des majorations de durée d'assurance pour enfants mentionnées à l'article L. 351-4, lorsque l'assuré n'a relevé d'aucun autre régime que celui de la Caisse nationale des barreaux français, ou lorsque celle-ci a compétence pour attribuer ces majorations en application de l'article R. 173-15. Ces périodes ne peuvent avoir pour effet de porter le total des périodes d'assurance au-delà de la durée d'assurance mentionnée au 1° de l'article R. 723-37.

## **Article R723-42**

L'application des dispositions des 2°, 3° et 4° de l'article R. 723-40 et du 2° de l'article R. 723-41 ne peut avoir pour effet de porter à un chiffre supérieur à quatre le nombre de trimestres d'assurance valables au titre d'une même année civile d'affiliation.

### **Article R723-43**

Le montant de la pension de retraite est fixé par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

La pension de retraite servie aux bénéficiaires de la pension pour invalidité permanente prévue à l'article R. 723-56 ne peut être inférieure à la moitié du montant fixé par l'assemblée générale en application des dispositions du premier alinéa.

### **Article R723-44**

L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du trimestre civil qui suit la demande de l'intéressé, sous réserve que les conditions d'attribution soient remplies.

La pension de retraite est versée à trimestre échu. Elle peut faire l'objet d'un versement mensuel lorsque son montant est supérieur à un seuil fixé chaque année par décision du conseil d'administration.

Les arrérages sont dus jusqu'au dernier jour du trimestre civil du décès.

### **Article R723-45**

Lorsqu'une pension de retraite a été liquidée au profit d'un avocat qui reprend l'exercice de sa profession, le service de cette pension est suspendu du jour de la réinscription au tableau jusqu'au jour où il cesse d'y figurer.

Les dispositions du premier alinéa ne sont pas applicables aux assurés remplissant les conditions prévues aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 723-11-1.

### **Article R723-45-1**

Le bénéficiaire d'une pension de retraite qui poursuit ou reprend une activité d'avocat en informe la Caisse nationale des barreaux français, dans le mois suivant la date de son entrée en jouissance de la pension de vieillesse versée par la caisse ou de la reprise de son activité, en lui adressant une déclaration qui précise son lieu d'exercice ainsi que, le cas échéant, la date de la réinscription au tableau. Lorsqu'il entend cumuler le bénéfice de cette pension de retraite avec son revenu d'activité, il joint à cette déclaration une attestation sur l'honneur énumérant les différents régimes mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 723-11-1 dont il a relevé et certifiant qu'il est entré en jouissance de toutes ses pensions de vieillesse personnelles.

Le défaut de production, dans le délai prescrit, des documents prévus à l'alinéa précédent entraîne une pénalité d'un montant égal à celui fixé en application de l'article L. 133-3 pour l'abandon de la mise en recouvrement des créances à l'égard des cotisants. Si le retard excède un mois, une pénalité identique est automatiquement appliquée pour chaque mois ou fraction de mois de retard. Ces pénalités sont recouvrées dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties et sanctions que les majorations de retard afférentes aux cotisations dues au titre du présent chapitre.

Les dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 723-11-1 sont applicables aux pensions dues à compter du premier jour du trimestre qui suit celui au cours duquel l'assuré remplit les conditions prévues par ces dispositions.

## **Article R723-45-2**

Le versement des cotisations et contributions dues en application des dispositions de la sous-section 2 du présent chapitre pour des périodes postérieures à l'entrée en jouissance de la pension ne peut entraîner la révision de la pension déjà liquidée ni permettre l'acquisition de nouveaux droits.

## **Paragraphe 2 : Pension de réversion**

### **Article R723-46**

Au décès d'un avocat titulaire d'une pension de retraite ou remplissant les conditions pour en bénéficier, le conjoint survivant a droit à une pension de réversion égale à la moitié de celle dont jouissait son conjoint ou à laquelle celui-ci aurait pu prétendre.

Cette pension n'est acquise que si le mariage a été contracté cinq ans au moins avant la date du décès de l'avocat. Toutefois, cette condition de durée n'est pas exigée lorsqu'un enfant au moins est issu du mariage.

Le conjoint divorcé non remarié est assimilé à un conjoint survivant pour l'application des deux alinéas qui précèdent.

La pension à laquelle est susceptible d'ouvrir droit le décès d'un avocat divorcé et remarié est partagée entre son conjoint survivant et le ou les précédents conjoints divorcés non remariés au prorata de la durée respective de chaque mariage. Ce partage est opéré lors de la liquidation des droits au premier d'entre eux qui en fait la demande.

Au décès de l'un des bénéficiaires, sa part accroît la part de l'autre ou, s'il y a lieu, des autres, à compter du premier jour du mois suivant le décès.

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension de réversion et de ses accessoires présentée en application du présent article vaut décision de rejet.

## **Article R723-47**

Le service de la pension de réversion cesse en cas de mariage, mais profite aux enfants jusqu'à vingt et un ans.

A défaut de conjoint survivant ou d'ex-époux bénéficiaire d'une pension de réversion, l'enfant ou les enfants d'un avocat qui vient de décéder ont droit, jusqu'à l'âge de vingt et un ans, à la pension de réversion dans les conditions prévues pour le conjoint survivant ou l'ex-époux.

## **Sous-section 2 : Capital décès.**

### **Article R723-48**

L'assemblée générale, sur la proposition du conseil d'administration, fixe le montant du capital alloué en cas de décès d'un avocat ou d'un avocat stagiaire inscrit au tableau ou sur la liste du stage durant les trois mois précédant le décès.

Les dispositions des articles L. 723-8 et R. 723-35 sont applicables à cette délibération.

Le montant du capital alloué en cas de décès d'un conjoint collaborateur est égal, selon la fraction retenue par celui-ci pour le calcul de la cotisation prévue à l'article R. 723-19-1, au quart ou à la moitié de celui prévu pour le conjoint avocat.

Lorsque la fraction retenue pour le calcul de la cotisation a été modifiée par le conjoint collaborateur selon les modalités prévues à l'article R. 723-19-1, le montant du capital en cause est calculé en fonction de la moyenne des fractions successivement retenues pondérée par le nombre de jours au titre desquels les cotisations ainsi calculées ont été versées.

### **Article R723-49**

Le décès des avocats ou des conjoints collaborateurs retraités n'ouvre pas droit à l'allocation d'un capital.

### **Article R723-50**

Le capital décès est versé au conjoint survivant. A défaut de conjoint survivant, il est réparti entre les enfants du défunt :

- âgés de moins de vingt et un ans ;
- âgés de vingt et un à vingt-cinq ans et qui poursuivent des études ;
- quel que soit leur âge, handicapés physiques ou mentaux.

A défaut de conjoint survivant et d'enfants, le capital décès est versé au père, à la mère, au frère ou à la soeur qui étaient à la charge totale et effective du défunt.

## **Article R723-51**

Lorsque, au décès d'un avocat, il n'existe aucune des personnes mentionnées à l'article R. 723-50, la Caisse nationale des barreaux français peut rembourser à toute personne en ayant assumé la charge, dans la limite du quart du capital prévu à l'article R. 723-48, les frais d'obsèques et de dernière maladie sur présentation des justificatifs attestant des frais effectivement engagés.

## **Sous-section 3 : Allocation d'orphelin**

### **Article R723-52**

Chaque orphelin de mère et de père et chaque orphelin d'un père ou d'une mère qui exerçait effectivement la profession d'avocat à la date du décès a droit, jusqu'à l'âge de vingt et un ans, à une allocation annuelle dont le montant est égal au quart de la pension de retraite visée à l'article R. 723-43.

L'allocation accordée à chaque orphelin de mère ou de père conjoint collaborateur d'un avocat est égale, selon la part retenue pour le calcul de la cotisation prévue à l'article R. 723-19-1, au quart ou à la moitié de celle qui est accordée en application du premier alinéa de cet article. Lorsque la fraction retenue pour le calcul de la cotisation définie à l'article R. 723-19-1 a été modifiée par le conjoint collaborateur, le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne des fractions successivement retenues pondérée par le nombre de jours au titre desquels les cotisations ainsi calculées ont été versées.

Lorsque l'orphelin poursuit ses études et même s'il est marié, le service de l'allocation peut être prolongé jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, par décision du conseil d'administration.

### **Article R723-53**

Le service de l'allocation peut être prolongé par décision du conseil d'administration lorsque



l'orphelin est atteint d'une incapacité médicalement constatée au moins égale à 50 % :

1° Jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans sans condition de ressources ;

2° Au-delà de l'âge de vingt-cinq ans après examen de la situation de l'intéressé, de ses ressources et notamment des prestations auxquelles il peut prétendre au titre d'un autre régime de protection sociale.

La Caisse nationale des barreaux français peut faire procéder, à tout moment, à un examen médical destiné à contrôler le taux d'incapacité de l'intéressé. Le service de l'allocation mentionnée au présent article est supprimé si, à la suite de l'examen prescrit par la caisse, il est constaté que le taux d'incapacité est devenu inférieur à 50 %.

## **Sous-section 4 : Allocations d'invalidité**

### **Paragraphe 1 : Invalidité temporaire.**

#### **Article R723-54**

L'avocat ou l'avocat stagiaire reçoit une allocation s'il se trouve dans l'impossibilité d'exercer sa profession, à partir du quatre-vingt-onzième jour qui suit la cessation de toute activité à la condition de justifier qu'il était inscrit à un barreau lors de sa cessation d'activité et qu'il a exercé la profession pendant douze mois au moins.

Cette allocation n'est toutefois acquise à l'intéressé que si la cessation de l'activité a pour cause une maladie ou un accident dont les effets invalidants interdisant l'exercice de la profession surviennent après l'inscription de l'intéressé à la Caisse nationale des barreaux français.

Le conjoint collaborateur reçoit une allocation s'il se trouve dans l'impossibilité d'exercer son activité, à partir du quatre-vingt-onzième jour qui suit la cessation de toute activité à la condition de justifier du statut de conjoint collaborateur lors de cette cessation d'activité depuis douze mois au moins. Le montant de l'allocation est égal, selon la part retenue pour le calcul de la cotisation prévue à l'article R. 723-18-1, au quart ou à la moitié de celle prévue pour le conjoint avocat.

Lorsque la fraction retenue pour le calcul de la cotisation a été modifiée par le conjoint collaborateur, le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne des fractions successivement retenues pondérée par le nombre de jours au titre desquels les cotisations ainsi calculées ont été versées.

La cessation de l'activité est constatée dans les conditions fixées par les statuts de la caisse. Elle doit être totale, ce qui exclut toutes postulation, plaidoirie, réception de clientèle et consultation.

Le service de l'allocation n'est pas interrompu par la cessation de l'inscription à un barreau. Ce service cesse lorsque l'intéressé est redevenu apte à exercer sa profession ou, le cas échéant, sa collaboration ou qu'il a reçu l'allocation pendant trois ans.

Toutefois, dans le cas d'interruption suivie de reprise de travail, il est ouvert un nouveau délai de trois ans, dès l'instant où ladite reprise a été d'au moins un an. Lorsque la reprise de travail dure moins d'un an, le total des périodes successives pendant lesquelles l'allocation est servie, comptées de date à date, ne peut excéder une durée de trois ans.

### **Article R723-55**

Le montant de l'allocation temporaire est fixé par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration de la caisse.

Les dispositions des articles L. 723-8 et R. 723-35 sont applicables à cette délibération.

L'allocation est calculée par jour d'invalidité.

Les modalités de paiement, et notamment la périodicité, sont fixées par les statuts.

## **Paragraphe 2 : Invalidité permanente.**

### **Article R723-56**

Les avocats en état d'incapacité permanente d'exercer leur profession et qui ne peuvent prétendre au bénéfice d'une pension de retraite bénéficiant, à l'expiration du délai de trois ans durant lequel ils ont perçu l'allocation temporaire et jusqu'au dernier jour du trimestre civil au cours duquel ils atteignent l'âge prévu à l'article L. 161-17-2, d'une pension d'invalidité égale à la moitié de la pension de retraite entière telle que fixée par l'assemblée générale annuelle.

Le montant de la pension d'invalidité mentionnée dans l'alinéa précédent est égal pour le conjoint collaborateur, selon la part retenue pour le calcul de la cotisation prévue à l'article R. 723-19-1, au quart ou à la moitié de celle prévue pour le conjoint avocat.

Lorsque la fraction retenue pour le calcul de la cotisation a été modifiée par le conjoint collaborateur dans les conditions fixées par l'article R. 723-19-2, le montant de la pension est calculé en fonction de la moyenne des fractions successivement retenues pondérée par le nombre de jours au titre desquels les cotisations ainsi calculées ont été versées.

Toutefois, le montant de la pension d'invalidité ne peut être inférieur à celui de la retraite proportionnelle qui aurait été attribuée aux intéressés s'ils avaient atteint l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 lors de la date de prise d'effet de leur pension d'invalidité.

Le temps d'invalidité permanente est pris en compte au titre des trimestres validés pour la retraite de base.

Le service de la pension d'invalidité est supprimé ou suspendu en cas de reprise d'une activité professionnelle.

La pension d'invalidité permanente est également attribuée, à partir de leur cinquante-cinquième anniversaire, aux avocats, 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 globale d'au moins 60 %, à la condition qu'ils cessent toute activité professionnelle. La pension d'invalidité attribuée en application du présent alinéa peut être cumulée sans limitation de montant avec la pension militaire d'invalidité.

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation d'une pension d'invalidité vaut décision de rejet.

## **Sous-section 5 : Action sociale**

### **Article R723-57**

Il est institué un fonds d'action sociale alimenté par les recettes suivantes :

1° Un prélèvement sur les recettes du régime de base et du régime complémentaire dont le taux maximum est fixé par arrêté interministériel ;

2° Les dons, legs et subventions éventuellement attribués à la caisse.

Ce fonds a pour objet, dans la limite des ressources qui y sont affectées, de mettre en oeuvre une action sociale destinée aux affiliés ou allocataires de la caisse ainsi qu'à leurs conjoints survivants, leurs orphelins, et prenant la forme soit d'aides individuelles, soit d'actions collectives.

Les aides individuelles sont accordées, lorsque la situation matérielle du bénéficiaire le justifie, dans la limite d'une année. En cas de demande de renouvellement d'une telle aide, il est procédé à un nouvel examen de la situation du bénéficiaire.

Les actions collectives tendent à la mise en place de services correspondant à l'objet de la caisse.

Les statuts de la Caisse nationale des barreaux français précisent les diverses catégories d'aides

individuelles et d'actions collectives mentionnées ci-dessus.

Les décisions en matière d'action sociale sont prises par le conseil d'administration sur proposition d'une commission d'action sociale désignée par lui en son sein.

Les opérations financières du fonds d'action sociale sont suivies dans un compte particulier et font l'objet d'un budget spécifique.

## **Sous-section 6 : Dispositions communes**

### **Article R723-58**

Les dispositions des sous-sections 2, 3 et 4 de la présente section ne s'appliquent pas si le décès ou l'invalidité trouvent leur origine dans des faits de guerre.

### **Article R723-59**

Les réclamations relatives aux prestations relevant de la présente section sont obligatoirement soumises à une commission de recours amiable composée de quatre administrateurs titulaires membres du conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français.

Les membres de cette commission sont désignés au début de chaque année par le conseil d'administration.

La commission de recours amiable peut valablement statuer si deux de ses membres au moins sont présents.

La commission de recours amiable doit être saisie dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent former une réclamation. La forclusion ne peut être valablement opposée aux intéressés que si cette notification porte mention de ce délai.

La commission de recours amiable notifie sa décision aux intéressés. Cette décision doit être motivée.

Le silence gardé pendant plus de quatre mois à compter de la date de la réclamation vaut décision de rejet.

## **Section 4 : Régime complémentaire d'assurance vieillesse et**

**survivants.**

## **Article R723-62**

Les autorités de l'Etat investies du pouvoir d'opposition aux décisions de la Caisse nationale des barreaux français relatives au taux des cotisations, au montant du plafond et à la revalorisation des prestations du régime complémentaire de vieillesse sont le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

## **Section 5 : Régime d'assurance vieillesse des conjoints collaborateurs d'avocats non salariés.**

### **Article R723-63**

La cotisation d'assurance vieillesse de base d'un conjoint collaborateur, tel que défini à l'article 1er du décret n° 2006-966 du 1er août 2006 relatif au conjoint collaborateur d'un avocat non salarié, est composée de :

1° Une cotisation forfaitaire égale au quart ou à la moitié de la cotisation forfaitaire obligatoire dont est redevable l'avocat en vertu du premier alinéa de l'article L. 723-5 ;

2° Une cotisation proportionnelle assise sur le quart ou la moitié du revenu défini à l'article R. 723-19 et dont le taux est celui prévu au second alinéa de l'article L. 723-5.

Le choix de la fraction retenue par le conjoint collaborateur est identique pour le 1° et le 2°.

La cotisation est exigible et doit être versée dans les mêmes conditions et délais et sous les mêmes sanctions que la cotisation due par l'avocat pour son propre compte.

### **Article R723-64**

Le choix de la fraction retenue pour le calcul de la cotisation définie à l'article R. 723-63 est effectué par le conjoint collaborateur et communiqué par écrit à la caisse au plus tard deux mois avant la date limite de paiement de la première échéance de cotisations suivant le début de son activité.

Si aucun choix n'est effectué dans ce délai, la cotisation est égale au quart de la cotisation forfaitaire mentionnée au 1° de l'article R. 723-63 et calculée sur le quart du revenu mentionné au 2° du même

article.

La fraction retenue pour le calcul de la cotisation s'applique pour la cotisation due au titre de l'année du début d'activité et des deux années civiles suivantes. Sauf demande contraire du conjoint effectuée par écrit au plus tard avant le 1er décembre de la dernière de ces années, l'option est reconduite pour une durée de trois ans renouvelable dans les mêmes conditions.

### **Article R723-65**

Lorsque l'avocat n'a pas déclaré ses revenus dans les conditions déterminées à l'article R. 723-19, les cotisations de son conjoint collaborateur sont calculées sur la base des revenus fixés par la caisse, par application de la fraction retenue par le conjoint collaborateur ou fixée en application de l'article R. 723-64.

### **Article R723-66**

L'affiliation au régime de base du conjoint collaborateur lui ouvre droit en fonction de ses cotisations au quart ou à la moitié des prestations du régime de base au prorata de sa durée d'assurance auprès de la Caisse nationale des barreaux français. Les prestations du conjoint collaborateur peuvent être liquidées sur sa demande dans les conditions prévues au I de l'article L. 723-10-1.

## **Section 6 : Dispositions diverses - Dispositions d'application**

### **Article R723-69**

Le décret en Conseil d'Etat prévu par l'article L. 723-23 est pris sur le rapport du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

# **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

## **Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses**

### **Titre 3 : Dispositions communes aux régimes complémentaires de salariés**

#### **Chapitre 1er : Constitution et fonctionnement des régimes complémentaires de salariés**

##### **Section 1 : Dispositions communes.**

###### **Article R731-1**

Les institutions de prévoyance ou de sécurité sociale de toute nature groupant tout ou partie du personnel d'une ou plusieurs entreprises qui constituent, soit en vertu d'une convention collective, soit en vertu de contrats individuels, des avantages au profit de travailleurs salariés ou assimilés s'ajoutant à ceux qui résultent de la législation de sécurité sociale, notamment sous forme d'épargne, de capitaux en cas de vie ou de décès, de retraites de vieillesse, de pensions d'invalidité ou de rentes à l'occasion d'accidents du travail, de pensions de veuves ou d'orphelins, sont tenues de se conformer aux dispositions du présent chapitre, même lorsqu'elles fonctionnent sans contribution des travailleurs intéressés.

Ne sont pas concernées par la présente disposition les mutuelles, les institutions mentionnées aux articles L. 111-2 et L. 711-1 et les caisses de sécurité sociale.

###### **Article R731-2**

Les institutions mentionnées à l'article R. 731-1 se distinguent en :

1°) institutions qui accordent des avantages déterminés et garantis par l'entreprise ou les entreprises intéressées ;

2°) institutions dont les avantages peuvent être révisés, lorsque les ressources de l'institution ne permettent pas d'en assurer le maintien ;

3°) institutions dont les prestations sont assurées directement et exclusivement par l'entremise soit de la caisse nationale de prévoyance, soit d'une entreprise privée régie par le décret du 14 juin 1938 unifiant le contrôle de l'Etat sur les entreprises d'assurance de toute nature et de capitalisation ;

4°) associations, unions, fédérations et, plus généralement, tous groupements ou organismes constitués entre les institutions mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 5° du présent article, en vue de réaliser une compensation de leurs charges, une caution de leurs engagements ou une mise en commun de moyens de gestion.

5°) institutions de prévoyance constituant des avantages autres que de retraites de vieillesse.

### **Article R731-3**

L'autorisation prévue à l'article L. 731-1 précise l'avantage ou les avantages que l'institution a pour objet de constituer au profit des salariés qui lui sont affiliés.

Le fonctionnement de l'institution est subordonné à l'approbation, par le ministre chargé de la sécurité sociale, de ses statuts, règlement intérieur, règlement de retraite ou règlement de prévoyance, ainsi que des annexes tarifaires à ce dernier.

Les modifications apportées à ces documents ne peuvent entrer en vigueur qu'après approbation du ministre.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les pièces que les institutions doivent fournir en vue d'obtenir l'autorisation de fonctionnement et l'approbation de leurs statuts, règlements et annexes tarifaires, ainsi que des modifications apportées à ces statuts, règlements et annexes.

### **Article R731-3-1**

L'autorisation prévue à l'article L. 731-1 ne peut être accordée que si l'institution :

1° Présente un caractère non lucratif ;

2° Se donne les moyens de maintenir durablement son équilibre financier ;

3° Compte un nombre minimal d'affiliés, fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction de la nature des avantages servis et de la technique employée.

### **Article R731-4**



Les institutions mentionnées à l'article R. 731-1 qui constituent des retraites ou des capitaux en cas de vie ou de décès ou des pensions de veuves ou d'orphelins, ou des pensions d'invalidité établissent, tous les cinq ans, à la date du 31 décembre, un inventaire technique constatant que la situation financière de l'institution permet de garantir ses engagements.

Cet inventaire est envoyé au ministre chargé de la sécurité sociale dans les six premiers mois de l'année suivante. Il est également fourni à l'appui de toute demande d'autorisation ou de modification des statuts ou des documents mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 731-3.

L'inventaire technique prévu au premier alinéa du présent article est dressé conformément au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale et établi en tenant compte d'un taux d'intérêt égal ou inférieur à un taux fixé par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Un décret pris sur la proposition du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget détermine les garanties à exiger des institutions de retraites ou de prévoyance eu égard à leur effectif ou les règles d'évaluation du passif afférentes aux conditions ou modalités particulières de fonctionnement desdites institutions.

## **Article R731-5**

Les institutions qui bénéficient de l'autorisation mentionnée à l'article R. 731-3 jouissent d'une personnalité civile distincte de celle de l'entreprise et de celle du comité d'entreprise ou du comité inter-entreprises.

Toute institution de prévoyance ou de sécurité sociale mentionnée à l'article R. 731-1 adresse, dans les deux premiers mois de chaque année, au ministre chargé de la sécurité sociale un état de sa situation financière arrêté au 31 décembre précédent, établi conformément au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Indépendamment des subventions qui peuvent leur être allouées par l'entreprise ou par le comité d'entreprise, les institutions mentionnées à l'article R. 731-1 disposent, dans les conditions prévues au code de la mutualité, des dons et legs reçus par elles.

## **Article R731-6**

Lorsque l'employeur ne prend aucun engagement ou ne donne aucune garantie en ce qui concerne la quotité des prestations, il est dispensé de la production de l'inventaire technique prévu à l'article R. 731-4.

Il n'est tenu que de fournir un état des ressources avec lesquelles il entend faire face au paiement des prestations accordées au personnel. Cet état des ressources, dressé conformément au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale, est établi tous les cinq ans à la date du 31 décembre et envoyé au ministre chargé de la sécurité sociale dans les six premiers mois de l'année suivante.

## **Article R731-7**

Lorsque les prestations sont déterminées ou garanties par l'employeur et s'il apparaît, d'après les résultats du contrôle, que la situation financière de l'institution ne permet plus de faire face à l'exécution des engagements contractés, le ministre chargé de la sécurité sociale peut adresser à l'employeur une mise en demeure d'avoir à fournir les garanties nécessaires.

Faute par l'employeur de se soumettre à cette injonction dans un délai de trois mois, le ministre chargé de la sécurité sociale peut prononcer le retrait de l'autorisation accordée à l'institution.

## **Article R731-8**

Les obligations et avantages des adhérents et les obligations des employeurs peuvent être révisés soit par accord entre les employeurs et la majorité des travailleurs intéressés constatée par un vote à bulletin secret, soit par une convention collective.

A défaut d'entente, le différend est réglé conformément à la procédure applicable en matière de conflits collectifs de travail.

## **Article R731-9**

Les statuts ou le règlement intérieur des institutions de prévoyance ou de sécurité sociale mentionnées à l'article R. 731-1 déterminent :

1°) le siège social, l'objet et le champ d'application de l'institution, mention devant être obligatoirement faite des avantages que ladite institution assure directement ou dont l'assurance est, au contraire, confiée à un tiers.

2°) sous réserve des dispositions de l'article R. 731-10, la composition du conseil d'administration et le mode de désignation de ses membres, les pouvoirs du président et du directeur de l'institution et ceux que peut leur déléguer le conseil d'administration.

3°) les obligations et avantages des adhérents ;

4°) les droits des salariés qui cessent de faire partie de l'institution ;

5°) le cas échéant, les engagements pris ou les garanties données par le ou les employeurs à l'égard de l'institution ;

6°) les bases d'une liquidation éventuelle de l'institution.

Le ministre chargé de la sécurité sociale arrête des modèles de statuts des institutions de prévoyance ou de sécurité sociale mentionnées à l'article R. 731-1. Ces documents comportent des dispositions obligatoires communes à toutes les institutions de même nature et des dispositions facultatives.

Le ministre chargé de la sécurité sociale peut demander aux institutions mentionnées à l'article R. 731-2 communication des documents destinés à être remis à leurs adhérents et participants et, dans un délai de trois mois à compter de leur réception, faire connaître à l'institution les modifications ou compléments qui lui paraissent devoir être apportés à ces documents.

## **Article R731-10**

Le conseil d'administration de toute institution de prévoyance ou de sécurité sociale créée dans le cadre d'une ou plusieurs entreprises doit être composé au moins par moitié de représentants du comité d'entreprise ou du comité inter-entreprises et choisis dans les catégories correspondantes de bénéficiaires.

Lorsque l'institution ne relève ni d'un comité d'entreprise ni d'un comité inter-entreprises, le conseil d'administration comprend au moins pour moitié des représentants des ouvriers, employés ou retraités choisis parmi les intéressés et désignés conformément aux statuts de l'institution.

## **Article R731-11**

Le montant maximum des fonds des institutions mentionnées à l'article R. 731-1 qui peuvent être employés en placements autres que des valeurs de l'Etat, ou jouissant de la garantie de l'Etat, ou en billets à ordre régis par les articles 183 et 184 du code de commerce émis, dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé du budget, par des établissements prêteurs, détenteurs de créances hypothécaires, pour la mobilisation de tout ou partie de ces créances, lorsque ces effets sont susceptibles d'être acquis par le Crédit foncier de France, ne peut dépasser la moitié de l'actif de ces institutions. Le montant maximum des billets à ordre susindiqués ne peut dépasser 10 %.

Les prêts consentis en première hypothèque sur des immeubles appartenant aux établissements et entreprises où est employé le personnel affilié à la caisse ne peuvent en aucun cas dépasser le tiers de l'actif.

Ne peuvent être mis en dépôt dans l'établissement ou l'entreprise que les fonds de roulement nécessaires au paiement des dépenses d'un semestre ou correspondant aux cotisations d'un semestre.

Dans la limite du dixième de leur actif, les institutions peuvent effectuer, avec la caution de l'employeur, des prêts au comité d'entreprise pour la réalisation d'oeuvres sociales au bénéfice des salariés et anciens salariés de l'entreprise.

Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa du présent article, l'institution de prévoyance ou de sécurité sociale annexée à une entreprise dont les bénéficiaires sont pour plus des trois quarts

attribués aux salariés et à l'institution elle-même, peut effectuer des prêts à ladite entreprise sous la condition que de tels prêts ne réduisent pas à moins de la moitié la part de l'actif investie en valeurs de l'Etat ou jouissant de la garantie de l'Etat.

## **Article R731-12**

L'autorisation peut être refusée dans le cas où les statuts de l'institution prévoient des prestations dont la charge est incompatible avec une gestion économique normale de l'entreprise ou des entreprises intéressées.

Le refus d'autorisation peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif qui en apprécie, en droit et en fait, le bien-fondé. Ce recours peut être formé sans ministère d'avocat.

Le retrait d'autorisation, qui peut ne porter que sur une partie seulement des avantages constitués par l'institution, peut être prononcé :

1°) en cas d'irrégularité dans le fonctionnement de l'institution ;

2°) en cas de déséquilibre financier de l'institution ;

3°) dans le cas où, par suite des modifications de la situation économique, les prestations accordées par l'institution entraîneraient une charge incompatible avec une gestion économique normale de l'entreprise ou des entreprises intéressées.

Ce retrait peut faire l'objet du recours prévu au deuxième alinéa du présent article.

## **Article R731-12-1**

L'autorisation obtenue par une institution qui constitue des avantages en faveur des salariés d'une seule entreprise et qui ne participe pas avec d'autres institutions à un système de compensation de ses charges, comme il est prévu au 4° de l'article R. 731-2, devient caduque si la liquidation judiciaire de l'entreprise vient à être prononcée. L'institution est liquidée dans les conditions énoncées à l'article R. 731-14 si ces opérations en cours ne sont pas reprises dans le délai de six mois prévu au premier alinéa dudit article par un organisme ayant la capacité de les assurer.

## **Article R731-13**

Les articles R. 731-4 à R. 731-7, R. 731-9 et R. 731-11 ne sont pas applicables aux institutions mentionnées au 3° de l'article R. 731-2.

Toutefois, il n'est pas dérogé aux dispositions de ces articles pour toute institution de prévoyance

créée par une compagnie d'assurances au profit de son personnel.

## **Article R731-14**

Au cas où l'autorisation a été retirée à une institution en application de l'article R. 731-12, la liquidation doit intervenir dans les six mois, à moins que le tribunal administratif, saisi d'un recours, n'ait ordonné le sursis à l'exécution de la décision attaquée. La liquidation est effectuée, dans les conditions ci-après, au prorata des droits acquis, en cours d'acquisition et même simplement éventuels.

Le capital constitutif d'une pension en cours de service est la somme qu'il faudrait aliéner pour constituer, à l'âge du titulaire, une rente viagère immédiate égale à la pension servie.

Le capital constitutif d'une pension en cours d'acquisition est la somme qu'il faudrait aliéner pour constituer à l'âge du titulaire une rente viagère différée proportionnelle à la pension qu'il aurait obtenue d'après les statuts ou règlements de l'institution à liquider ou, à défaut, d'après les précédents de cette institution. Les droits éventuels sont liquidés d'après les mêmes principes.

Si l'institution de retraites comporte la réversibilité totale ou partielle des pensions, la liquidation s'opère d'après les mêmes principes.

Le capital constitutif ainsi calculé est transféré, soit à la caisse nationale de prévoyance, soit à une caisse autonome mutualiste. Ces organismes ne sont tenus qu'aux engagements résultant du montant des capitaux transférés et de l'application de leurs tarifs.

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les adhérents et participants qui le demandent peuvent obtenir le versement d'un capital substitué à la rente. Ce capital ne peut excéder 50 % du montant du plafond annuel fixé pour l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse du régime général. Il est calculé sur la base d'une évaluation des droits des intéressés faite comme il est prescrit aux trois premiers alinéas.

Les dispositions qui précèdent s'appliquent de même au cas où la liquidation de l'institution interviendrait à la suite d'un accord intervenu dans les conditions définies à l'article R. 731-8.

## **Article R731-15**

En cas de liquidation d'une des institutions de prévoyance ou de sécurité sociale mentionnées à l'article R. 731-1, l'employeur et les adhérents demeurent tenus de continuer à effectuer les versements prévus par le contrat de travail pour la constitution d'une retraite, sauf à les diminuer dans les conditions indiquées à l'article R. 731-8. Ces versements sont obligatoirement opérés soit à la caisse nationale de prévoyance, soit à une caisse autonome mutualiste, soit à une entreprise privée régie par le décret du 14 juin 1938, soit à une autre institution de l'article R. 731-1.

## **Article R731-16**

La caisse générale de retraites de la presse française est soumise aux dispositions des articles R. 731-1 et suivants.

## **Article R731-17**

Les départements, les communes, les établissements publics départementaux et communaux, peuvent constituer, au profit de leur personnel ne relevant pas des organisations spéciales de la sécurité sociale mentionnées aux articles L. 111-2 et L. 711-1, des institutions de prévoyance ou de sécurité sociale.

Ces institutions sont autorisées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre dont relève la collectivité à laquelle appartiennent les intéressés. Elles ne sont pas soumises aux autres dispositions du présent chapitre.

## **Article R731-18**

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 731-1 est le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R731-19**

La durée minimale d'application prévue au troisième alinéa de l'article L. 731-2 est fixée à six mois.

## **Article R731-20**

Les arrêtés prévus à l'article L. 731-9 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et par le ministre chargé du budget.

## **Article R731-21**

Les arrêtés prévus à l'article L. 731-10 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et par le ministre chargé du budget.

## **Article R731-22**

Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 621-60 du code de commerce, les institutions de prévoyance ou de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 731-1 peuvent accorder une remise totale ou partielle des majorations de retard afférentes aux cotisations échues et non réglées. Cette remise n'est pas subordonnée au versement préalable desdites cotisations. Elle est acquise lorsque le tribunal compétent arrête le plan de sauvegarde ou de redressement judiciaire de l'entreprise en application du code de commerce, sous réserve des dispositions de l'article L. 621-82 du même code.

Les décisions afférentes aux remises de majorations de retard doivent être communiquées au mandataire judiciaire dans le délai de quarante-cinq jours de la réception de la lettre du mandataire judiciaire mentionnée à l'article 42 du décret n° 85-1388 du 27 décembre 1985 relatif au redressement et à la liquidation judiciaires des entreprises.

Le défaut de réponse de l'institution chargée du recouvrement dans les délais impartis vaut rejet des demandes.

## **Article R731-23**

Les cessions de rang de privilège ou d'hypothèque ou l'abandon de ces sûretés prévus à l'article L. 621-60, alinéa 3, du code de commerce peuvent, sans extinction préalable de la créance, être accordés par les institutions de prévoyance ou de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 731-1. Les frais afférents à ces opérations sont à la charge du débiteur.

## **Section 2 : Dispositions propres aux institutions de prévoyance constituant des avantages autres que de retraites de vieillesse.**

### **Article R731-24**

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 731-11, les placements des institutions de prévoyance mentionnées au 5° de l'article R. 731-2 sont régis par les dispositions ci-après de la présente section.

### **Article R731-25**

Les placements des institutions de prévoyance mentionnées à l'article précédent ne peuvent être effectués sous la forme des actifs ci-après :

1° Titres de créance à revenu fixe ou variable cotés sur une bourse française de valeurs ;

2° Titres représentatifs de capital cotés sur une bourse française de valeurs ;

3° Valeurs mobilières non cotées sur une bourse française de valeurs ;

4° Prêts autres que des prêts aux entreprises ;

5° Actifs immobiliers ;

6° Liquidités.

Un arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances et du ministre chargé de la sécurité sociale établit la liste des placements se rattachant à chaque catégorie.

## **Article R731-26**

Les institutions de prévoyance mentionnées au 5° de l'article R. 731-2 peuvent procéder à des opérations de ventes de contrats admis à la négociation sur le marché à terme d'instruments financiers régis par la loi n° 85-615 du 11 juillet 1985, en couverture d'actifs qu'elles détiennent au titre des 1° et 6° de l'article R. 731-25.

Elles ne peuvent procéder à des achats que s'ils ont pour objet le dénouement, total ou partiel, des opérations de ventes précitées.

## **Article R731-27**

I. - A toute époque, les placements des institutions de prévoyance doivent respecter, par rapport à l'actif de référence, les limites suivantes :

a) 34 % au moins de valeurs mentionnées au 1° de l'article R. 731-25 ;

b) 30 % au plus de valeurs mentionnées au 2° ;

c) 5 % au plus de valeurs mobilières étrangères relevant du 3° ;

d) 5 % au plus de valeurs mobilières françaises non cotées relevant également du 3°, non comprises



les actions de sociétés d'investissement à capital variable et parts de fonds communs de placement du titre Ier de la loi n° 79-594 du 13 juillet 1979 ;

e) 35 % au plus de prêts mentionnés au 4° ;

f) 35 % au plus d'actifs mentionnés au 5° ;

g) 50 % au plus pour l'ensemble des placements mentionnés aux 4° et 5° ;

h) 10 % au plus de liquidités suivantes : billets de trésorerie ; certificats de dépôts ; bons d'institutions financières spécialisées régis par les articles 32, 35 et 36 de la loi n° 85-1321 du 14 décembre 1985.

II. - L'actif de référence s'entend de l'ensemble des actifs, à l'exception de ceux qui sont réalisés en conformité avec l'objet statutaire des fonds de gestion et d'action sociale et à l'exclusion des disponibilités nécessaires au paiement d'une échéance trimestrielle de prestations. Ces dernières disponibilités ne peuvent être placées que dans les formes mentionnées aux 1° et 6° de l'article R. 731-25.

III. - Lorsqu'il est constitué des réserves de gestion et d'action sociale et si elles font l'objet de placements spécifiques, ceux-ci, par dérogation aux I et II du présent article, sont effectués pour 50 p. 100 au moins en titres mentionnés au 1° de l'article R. 731-25, les autres quotas ne s'appliquant pas en ce cas.

## **Article R731-28**

Les créances de toutes natures et les actions émises par une même personne morale, à l'exception des valeurs d'Etat, garanties ou assimilées figurant sur la liste établie par le ministre chargé de l'économie et des finances, ne peuvent représenter plus de 5 % de l'actif de référence de l'institution de prévoyance.

Pour les actions de sociétés d'investissement à capital variable et parts de fonds communs de placement, ce taux est fixé à 10 %.

Un même immeuble ou les parts d'une même société ou d'un même groupement immobilier ne peuvent représenter plus de 10 % du montant de l'actif de référence. Cette règle ne concerne que les éléments patrimoniaux constituant cet actif.

Les placements en actions non cotées d'une même société ne peuvent excéder 10 % du capital de ladite société.

## **Article R731-29**

Les prêts accordés aux organismes d'habitation à loyer modéré, aux coopératives de construction et aux sociétés d'économie mixte de construction de logements doivent bénéficier de la garantie totale et inconditionnelle d'une collectivité locale. Cette garantie doit avoir pour effet, avec renonciation au bénéfice de discussion et de division, de substituer immédiatement et sans réserve la collectivité garante au débiteur défaillant.

### **Article R731-30**

Lorsqu'en vertu des statuts ou des règlements de l'institution de prévoyance, il est constitué des réserves de gestion administrative ou d'action sociale, les immobilisations, prêts ou acquisitions de titres relatifs à la gestion administrative ou à l'action sociale ne peuvent être imputés que sur les fonds correspondant à ces réserves.

Toutefois, les prêts aux affiliés actifs ou retraités peuvent être accordés sur d'autres fonds que les réserves de gestion et d'action sociale dans la limite de 10 % de l'actif de référence de l'institution.

### **Article R731-31**

Les institutions de prévoyance auxquelles s'appliquent les dispositions de la présente section joignent à l'état de leur situation financière, prévu à l'article R. 731-5, qu'elles doivent adresser chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale, un état de leurs placements présenté dans les formes que fixe un arrêté de ce ministre et du ministre chargé de l'économie et des finances. Le même arrêté détermine, en tant que de besoin, pour l'application des articles R. 731-25 à R. 731-30, les règles d'évaluation des placements.

### **Article R731-32**

Le règlement de prévoyance mentionné à l'article R. 731-3 détermine :

- 1°) L'assiette et le ou les taux de cotisations ;
- 2°) La nature, le mode de calcul et les conditions d'attribution des prestations ;
- 3°) Les modalités suivant lesquelles est poursuivi le service des prestations en cours en cas de retrait, de disparition, d'exclusion, de fusion ou d'absorption d'une entreprise adhérente.

### **Article R731-33**

Les institutions mentionnées au 5° de l'article R. 731-2 doivent être en mesure à toute époque de justifier la couverture de leurs engagements.

Ces engagements sont garantis par la constitution à due concurrence de provisions techniques.

## **Article R731-34**

Les tarifs des avantages servis par les institutions de prévoyance mentionnées au 5° de l'article R. 731-2 sont établis sur la base des taux d'intérêt techniques et des tables prévues dans l'arrêté pris pour l'application du troisième alinéa de l'article R. 731-4 et en fonction de frais de gestion dans des limites fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Chapitre 2 : Prestations.**

### **Article R732-1**

Lorsque prend fin le contrat liant un salarié ou assimilé à une entreprise dans le cadre de laquelle a été établie une institution de prévoyance ou de sécurité sociale, l'intéressé conserve en tout état de cause le bénéfice de la fraction de ses versements personnels affectée à la constitution de retraites, de capitaux en cas de vie ou d'épargne.

Si ces versements n'ont pas été attribués à un compte individuel demeurant la propriété de l'intéressé, une prime unique est versée pour le compte de ce dernier, en vue de lui constituer, à l'âge fixé pour la liquidation de la retraite normale, la rente viagère ou le capital correspondant. Cette prime doit être égale à celle que devrait acquitter l'intéressé à l'âge où il quitte l'entreprise et conformément aux tarifs, à capital aliéné, de la caisse nationale de prévoyance en vigueur à cette date, pour se constituer, à l'âge fixé pour la liquidation de la retraite normale, une rente ou un capital égaux à ceux qu'auraient produits à cet âge, et suivant lesdits tarifs, les versements qu'il a effectués, si, à l'époque où ils ont été opérés, ils avaient été affectés à la constitution de rentes ou de capitaux. La prime est versée soit à la caisse nationale de prévoyance, soit à une caisse autonome mutualiste fonctionnant dans les conditions du code de la mutualité, soit à une autre institution mentionnée à l'article R. 731-1.

Lorsque des versements patronaux sont effectués à un compte individuel par travailleur, ils sont soumis aux règles fixées à l'alinéa précédent pour les versements personnels de l'intéressé. Ces dispositions ne font pas obstacle à l'application de règlement ou de statut prévoyant un régime plus favorable pour le salarié.

Des dérogations aux dispositions des alinéas précédents peuvent être décidées par les statuts des institutions prévues à l'article R. 731-1 lorsque celles-ci sont affiliées à un organisme mentionné au 4° de l'article R. 731-2.

## **Article R732-2**

L'affiliation d'un salarié au régime général de sécurité sociale ne peut avoir pour conséquence la diminution ou la suppression des prestations de même nature déjà accordées en vertu du contrat de travail ou d'un régime particulier.

Toutefois, les employeurs et les travailleurs intéressés sont autorisés à réduire, dans les conditions de l'article R. 731-8, l'ensemble de leurs contributions telles qu'elles sont prévues par lesdits contrats ou régimes particuliers, à concurrence des cotisations d'assurances sociales affectées à la garantie de l'ensemble des risques contre lesquels ces travailleurs sont déjà garantis.

Les indemnités journalières, en cas de maladie ou de maternité, auxquelles les salariés ont droit au titre des assurances sociales sont imputées sur le montant des salaires ou portions de salaires maintenus en cas de maladie ou de maternité, en vertu des conventions collectives et contrats individuels de travail. Les autres prestations d'assurance maladie-maternité, auxquelles les salariés ont droit au titre des assurances sociales peuvent être imputées sur le montant des avantages de même nature déjà accordés en vertu des conventions collectives et contrats de travail.

En compensation de l'économie qu'il réalise du fait de ces imputations, l'employeur doit, soit prendre à sa charge une fraction de la contribution des salariés aux assurances sociales, soit accorder aux intéressés des avantages supplémentaires dans les conditions prévues à l'article R. 731-8.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses**

#### **Titre 4 : Assurance personnelle - Assurance volontaire**

##### **Chapitre 2 : Assurance volontaire vieillesse et assurance volontaire invalidité**

###### **Section 1 : Dispositions concernant le régime des salariés**

###### **Sous-section 2 : Anciens assurés obligatoires.**

###### **Article R742-1**

Ont la faculté de demander le bénéfice de l'assurance volontaire prévue par l'article L. 742-1, les anciens assurés sociaux qui cessent de remplir les conditions d'assujettissement obligatoire soit au régime général de sécurité sociale mentionné au livre III, soit à l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1, soit au régime des assurances sociales agricoles.

###### **Article R742-2**

Les personnes mentionnées à l'article R. 742-1 et qui désirent bénéficier de l'assurance sociale volontaire doivent adresser une demande à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est située leur résidence. Pour les anciens assurés sociaux qui transportent leur domicile hors du territoire métropolitain, la demande doit être adressée à la caisse primaire de leur dernière résidence.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les anciens assurés sociaux qui transportent leur domicile à l'étranger et qui souhaitent s'affilier à l'assurance volontaire au titre des seuls risques vieillesse et veuvage, adressent leur demande à la Caisse des Français de l'étranger. Pour la mise en œuvre en ce qui les concerne des dispositions de la présente sous-section, la Caisse des Français de l'étranger est substituée à la caisse primaire d'assurance maladie et à l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

La demande d'adhésion doit être formulée dans le délai de six mois.

Le modèle de la demande d'adhésion à l'assurance sociale volontaire est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R742-3**

Les personnes mentionnées à l'article R. 742-1 doivent, à l'appui de leur demande, justifier qu'elles relevaient depuis au moins six mois de l'assurance sociale obligatoire soit à titre personnel, soit à titre d'ayant droit, par la production de la carte d'immatriculation d'assuré social et des derniers bulletins de paie comportant l'indication du précompte ou, à défaut de bulletin de paie, de toute autre pièce en tenant lieu.

### **Article R742-4**

Les assurés sociaux volontaires sont, en vue du calcul du montant de la cotisation, répartis en quatre catégories, chacune de ces catégories correspondant à un pourcentage de la somme des plafonds mensuels de l'année applicables à l'assiette des cotisations de sécurité sociale dues au titre du régime de sécurité sociale applicable aux salariés ou assimilés. Ce pourcentage est déterminé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Les personnes mentionnées à l'article R. 742-1 sont classées dans la catégorie correspondant à leur rémunération professionnelle ayant donné lieu au versement des cotisations de sécurité sociale au titre du régime obligatoire, au cours des six derniers mois.

La caisse primaire d'assurance maladie peut, toutefois, décider pour l'une ou l'autre des catégories d'assurés volontaires, soit d'office, après une enquête périodique sur les revenus des intéressés, dans les conditions de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, leur affectation à une catégorie supérieure, soit, sur la demande des intéressés, au vu des justifications fournies et, s'il y a lieu, après enquête, leur affectation à une catégorie inférieure ou supérieure.

### **Article R742-5**

Les assurés volontaires peuvent s'affilier, soit pour les risques invalidité, vieillesse et veuvage, soit pour les risques vieillesse et veuvage seuls en ce qui concerne uniquement les anciens assurés sociaux mentionnés à l'article R. 742-1 qui cessent de remplir les conditions d'assujettissement obligatoire à l'un des régimes de sécurité sociale applicable aux salariés, parce qu'ils transportent leur domicile hors du territoire métropolitain.

La faculté d'adhérer à l'assurance sociale volontaire pour les risques invalidité, vieillesse et veuvage n'est pas ouverte aux personnes qui bénéficient ou sont susceptibles de bénéficier d'un avantage de vieillesse acquis au titre soit du régime général, soit du régime des assurances sociales agricoles, soit du régime spécial de sécurité sociale, non plus qu'à celles qui relèvent d'une organisation autonome d'allocation de vieillesse prévue au titre II du livre VI. Cette disposition, toutefois, ne s'applique pas aux anciens assurés obligatoires des régimes spéciaux, titulaires d'une retraite proportionnelle.

## **Article R742-6**

L'assiette des cotisations trimestrielles exigibles de chacune des catégories d'assurés sociaux volontaires mentionnées à l'article R. 742-4, pour la couverture des risques prévus à l'article R. 742-5, est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. Le taux de ces cotisations est égal, pour le risque vieillesse, à la somme des taux de cotisations, à la charge de l'employeur et du salarié, prévues aux deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 241-3, à laquelle il convient d'ajouter 0,9 % pour le risque invalidité.

Les cotisations sont payables d'avance à l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil \*période\*. Elles sont exigibles à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande d'affiliation à l'assurance sociale volontaire. Toutefois, les intéressés peuvent demander que l'affiliation prenne effet à compter du premier jour du trimestre civil au cours duquel la demande est présentée. Dans ce cas, les cotisations sont dues à partir de la même date.

Le règlement des cotisations donne lieu à l'envoi ou à la remise par l'union de recouvrement d'une quittance valant attestation de paiement pour l'ouverture des droits à prestations.

Les cotisations peuvent être réglées d'avance, pour l'année civile entière, à la demande des redevables.

L'immatriculation est faite à la diligence de la caisse primaire d'assurance maladie qui reçoit et instruit la demande et porte à la connaissance des intéressés le montant des cotisations trimestrielles à payer.

Les personnes qui transportent leur domicile hors du territoire métropolitain peuvent désigner un mandataire résidant dans la métropole et chargé, par elles, d'accomplir les formalités de demande d'immatriculation et le versement des cotisations d'assurance sociale volontaire pour le risque vieillesse.

Le droit aux prestations de l'assurance sociale volontaire est subordonné à la justification préalable du versement des cotisations trimestrielles exigibles pour la couverture du risque donnant lieu à la demande d'indemnisation. Ces cotisations cessent d'être exigibles dès l'entrée en jouissance de la pension invalidité ou vieillesse.

## **Article R742-7**

L'assuré qui s'abstient de verser la cotisation trimestrielle à l'échéance prescrite au deuxième alinéa de l'article R. 742-6 est radié de l'assurance volontaire. Toutefois, la radiation ne peut être effectuée qu'après envoi, par la caisse primaire, d'un avertissement, par lettre recommandée, invitant l'intéressé à régulariser sa situation dans les quinze jours à compter de la réception de l'avertissement préalable.

L'assuré social volontaire a la faculté de demander la résiliation de son assurance par simple lettre adressée à la caisse primaire d'assurance maladie compétente. La radiation prend effet à compter du premier jour du mois qui suit la demande et comporte, le cas échéant, remboursement partiel des cotisations acquittées au titre du trimestre ou de l'année civile considéré.

En cas de radiation ou de résiliation, les périodes au cours desquelles les cotisations ont été acquittées, au titre de l'assurance vieillesse, entrent en ligne de compte pour l'ouverture du droit à pension et pour le calcul de ladite pension.

## **Article R742-8**

Les pensions d'invalidité et les pensions de vieillesse sont calculées par référence au salaire annuel correspondant aux cotisations de l'assurance volontaire effectivement versées au cours de la période de référence. Toutefois, lorsqu'il est constaté que l'assuré a joui, sous forme de pension d'invalidité et de gains professionnels cumulés, pendant deux trimestres consécutifs, de ressources supérieures au quart du salaire correspondant à la catégorie dans laquelle il était rangé, le montant des arrérages de chaque trimestre ultérieur est réduit à concurrence du dépassement constaté au cours du trimestre précédent.

Les titulaires d'une pension d'invalidité acquise au titre de l'assurance sociale volontaire bénéficient des dispositions prévues pour les assurés sociaux obligatoires par les articles R. 171-2 et R. 355-1. Ils bénéficient également des dispositions des articles L. 341-15 et L. 341-16, lorsqu'ils ont droit à une pension du régime général d'assurance vieillesse.

Les périodes d'assurance obligatoire et d'assurance volontaire se cumulent pour l'ouverture du droit aux prestations d'assurance vieillesse et d'invalidité et pour le calcul de ces prestations.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe le nombre des cotisations trimestrielles exigées des assurés sociaux volontaires pour avoir ou ouvrir droit aux différentes prestations définies au présent article.

## **Sous-section 3 : Tierce personne**

### **Article R742-9**

Les 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 sont, sur leur demande, affiliées à l'assurance volontaire pour les risques invalidité et vieillesse ou, si elles relèvent de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale par application du deuxième alinéa de l'article L. 381-1, pour le risque invalidité seul.

### **Article R742-10**



La demande d'affiliation est présentée dans un délai de dix ans à compter du début de l'activité au service de l'infirmes ou de l'invalides ou à compter de la date à laquelle les intéressés cessent de relever de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale en application des dispositions du 2° de l'article L. 381-1.

### **Article R742-11**

La demande est adressée à la caisse primaire d'assurance maladie dont relève le demandeur.

Elle comporte obligatoirement une déclaration signée du demandeur et attestant, sur l'honneur, que celui-ci assume effectivement auprès de son conjoint ou d'un membre de sa famille infirmes ou invalides, sans recevoir de rémunération, les fonctions et obligations de la tierce personne.

### **Article R742-12**

Le demandeur doit en outre fournir les justifications suivantes :

1°) une pièce justifiant de sa qualité de conjoint, d'ascendant, de descendant, de collatéral jusqu'au troisième degré ou d'allié au même degré de l'infirmes ou de l'invalides à l'assistance duquel il consacre son activité ;

2°) une fiche d'état civil ;

3°) une attestation de domicile ;

4°) tout document de nature à établir que l'infirmes ou l'invalides est dans l'obligation d'avoir recours pour accomplir les actes ordinaires de la vie à l'assistance constante d'une tierce personne, notamment :

a. soit une pièce délivrée par le service ou l'organisme compétent attestant que l'intéressé est bénéficiaire d'une allocation ou majoration pour tierce personne servie au titre d'un régime social législatif ou réglementaire ;

b. soit une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles.

### **Article R742-13**

La caisse primaire d'assurance maladie apprécie, sur avis du service du contrôle médical, si l'infirmes ou l'invalides est dans l'obligation d'avoir recours pour accomplir les actes ordinaires de la vie à

l'assistance constante d'une tierce personne.

Les contestations sont réglées dans les conditions prévues par l'article L. 143-1.

### **Article R742-14**

La cotisation des assurés est calculée sur la base d'une assiette forfaitaire égale, par mois, à 169 fois le salaire horaire minimum de croissance en vigueur au 1er juillet de l'année civile précédente.

Sont applicables pour chacun des risques invalidité et vieillesse les taux prévus à l'article R. 742-6.

### **Article R742-15**

Les dispositions des articles R. 742-6 et R. 742-7 sont applicables aux personnes mentionnées à l'article R. 742-9.

### **Article R742-16**

Les pensions sont liquidées suivant les règles en vigueur pour l'assurance vieillesse et l'assurance invalidité obligatoire du régime général de sécurité sociale.

## **Sous-section 4 : Personnes chargées de famille**

### **Paragraphe 4 : Dispositions concernant l'assurance volontaire invalidité parentale.**

#### **Article R742-21-1**

La personne chargée de famille qui désire bénéficier de l'assurance volontaire invalidité parentale instituée par le quatrième alinéa de l'article L. 742-1 doit adresser une demande à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est située sa résidence. Le modèle de la demande d'adhésion est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

#### **Article R742-21-2**

La cotisation due au titre de l'assurance volontaire invalidité parentale est calculée en retenant :

1° Une assiette forfaitaire égale pour chaque trimestre au produit du montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année considérée par un nombre d'heures égal à 13 fois la durée hebdomadaire légale du travail, applicable à la même date ;

2° Un taux fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

### **Article R742-21-3**

Sur demande de l'intéressée, les cotisations sont prélevées mensuellement sur les prestations familiales, conformément aux dispositions de l'article L. 553-4, sous réserve que leur montant soit intégralement couvert par le montant desdites prestations.

Dans ce cas, l'organisme débiteur de prestations familiales est tenu :

1° De faire connaître à l'assuré, le premier jour du trimestre civil au cours duquel s'éteint son droit aux prestations familiales, qu'il lui appartient, à compter du trimestre suivant, d'acquitter personnellement ses cotisations à l'assurance volontaire invalidité parentale ;

2° D'informer la caisse primaire d'assurance maladie et l'Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de la date à laquelle prend fin le droit aux prestations familiales de l'assuré.

### **Article R742-21-4**

Les dispositions des articles R. 742-6 (2e, 3e, 4e, 5e et 7e alinéa), R. 742-7 (1er et 2e alinéa) et R. 742-8 (première phrase du 1er, 2e et 3e alinéa) sont applicables à l'assurance volontaire invalidité parentale.

### **Article R742-21-5**

La personne qui, dans le délai de six mois suivant la date à laquelle elle cesse de relever des dispositions du premier alinéa, de l'article L. 161-8, adhère à l'assurance volontaire invalidité parentale peut acquitter les cotisations à compter du premier jour du trimestre civil suivant le début de la période de maintien des droits. L'affiliation prend effet à la même date. Lorsque le début de la période du maintien de droits ne coïncide pas avec le début d'un trimestre civil les cotisations sont réputées acquittées à compter du premier jour de cette période.

### **Article R742-21-6**

Lorsque la personne qui a cessé de relever de l'assurance volontaire invalidité parentale pour être affiliée à un régime obligatoire d'assurance invalidité de travailleurs salariés peut prétendre, dans l'année suivant la reprise d'activité professionnelle, au bénéfice d'une pension d'invalidité, elle est réputée, pour l'application de l'article R. 313-5, avoir accompli 200 heures de travail salarié par trimestre ayant donné lieu au versement de cotisation à l'assurance volontaire parentale.

## **Sous-section 5 : Personnes ayant bénéficié de l'indemnité de soins aux tuberculeux.**

### **Article R742-22**

La demande de rachat portant sur les périodes de perception de l'indemnité de soins aux tuberculeux est adressée aux organismes mentionnés à l'article R. 351-37-2.

### **Article R742-23**

Cette demande est obligatoirement accompagnée d'une attestation, délivrée par le service des anciens combattants qui attribue l'indemnité, indiquant les périodes durant lesquelles l'indemnité a été servie et celles pour lesquelles l'activité professionnelle éventuellement exercée n'a pas entraîné suspension de l'indemnité.

Dans ce dernier cas, la demande doit préciser en outre le régime d'assurance vieillesse auquel l'intéressé a été affilié au titre de l'activité ainsi que les références sous lesquelles il a cotisé.

Les périodes prévues au présent article ne peuvent être prises en compte pour le rachat si elles sont déjà retenues pour le calcul de la pension.

### **Article R742-24**

Le montant des cotisations dues au titre du rachat est calculé en appliquant à l'assiette forfaitaire afférente à la troisième catégorie d'assurés volontaires définie en application de l'article R. 742-4 :

- 1° Les coefficients de revalorisation en vigueur à la date du versement, applicables aux salaires et aux cotisations servant de base au calcul des pensions ou rentes en vertu de l'article L. 351-11 ;
- 2° Les taux de cotisations pour le risque vieillesse incombant au salarié et à l'employeur, applicables lors de la période d'activité en cause ou, pour les périodes d'activité antérieures au 1er octobre 1967, le taux de 9 % ;
- 3° Une actualisation au taux de 2,5 % par année civile révolue séparant la date du versement de la fin de la période d'activité en cause.

Le versement des cotisations de rachat peut être échelonné avec l'accord de la caisse compétente,

sur une période dont la durée ne peut excéder quatre ans à compter de la notification de l'admission au rachat. Si à l'expiration de ce délai, la totalité des cotisations dues n'a pas été versée, le rachat est annulé et les versements effectués sont remboursés à l'assuré.

### **Article R742-25**

La demande de rachat ne peut concerner les périodes postérieures à la date d'entrée en jouissance d'une pension ou rente de vieillesse du régime général de sécurité sociale.

Les demandes de rachat au titre de l'assurance volontaire doivent porter sur la totalité des périodes non susceptibles d'être validées en application du premier alinéa de l'article L. 161-21.

Toutefois la demande de rachat peut être limitée à une partie de ces périodes lorsque l'application de la règle fixée à l'alinéa précédent aurait pour effet, compte tenu des périodes d'assurance retenues par ailleurs, de porter au-delà de quatre-vingts trimestres la durée d'assurance susceptible d'être prise en compte à la date de cette demande. Dans ce cas, le rachat ne peut être demandé que dans l'ordre chronologique de la ou des périodes.

### **Article R742-26**

Les droits des personnes qui demandent à bénéficier de la faculté de rachat prévue à l'article L. 742-4 sont liquidés suivant les règles en vigueur pour l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale.

### **Article R742-27**

Les assurés peuvent obtenir la liquidation de leurs droits à l'assurance vieillesse à compter, au plus tôt, du premier jour du mois suivant la date de dépôt de leur demande de rachat, sous réserve que leur demande de prestation de vieillesse ait été formulée dans les six mois suivant la date à laquelle leur aura été notifiée la décision faisant droit à leur demande de rachat.

### **Article R742-28**

Lorsque des cotisations sont rachetées par le bénéficiaire d'une pension ou rente déjà liquidée, celle-ci est révisée à compter, du premier jour du mois civil suivant la date de la demande de rachat, compte tenu des périodes rachetées au titre de l'assurance volontaire antérieures à la date d'effet de la liquidation, et dans la limite du maximum de trimestres susceptibles d'être pris en compte à cette date d'effet initiale.

### **Article R742-29**

La mise en paiement des pensions ou rentes correspondant au rachat est ajournée jusqu'au moment où le versement des cotisations de rachat est terminé.

## **Sous-section 6 : Personnes exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle salariée ou assimilée hors du territoire français**

### **Article R742-30**

Les dispositions de la sous-section 2 de la présente section sont applicables, dans les conditions fixées ci-après, aux personnes exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle salariée ou assimilée 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 de cinq ans.

Ces dispositions sont également applicables aux veuves de salariés ou assimilés dont le conjoint aurait rempli les conditions fixées par la présente sous-section.

### **Article R742-31**

Ne peuvent donner lieu à rachat les périodes prises en compte antérieurement à l'accession à l'indépendance des Etats qui étaient placés sous la souveraineté, le protectorat ou la tutelle de la France soit au titre de la loi n° 64-1330 du 26 décembre 1964 portant prise en charge et revalorisation de droits et avantages sociaux consentis à des Français ayant résidé en Algérie, soit d'un régime obligatoire de vieillesse ayant fonctionné dans l'un desdits Etats et qui font l'objet d'une garantie de l'Etat français.

### **Article R742-32**

Les demandes d'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse formées en application du 1° de l'article L. 742-1 doivent être présentées dans un délai de dix ans à compter du premier jour de l'exercice de leur activité à l'étranger.

Les personnes mentionnées à l'article L. 742-2 doivent présenter leur demande dans un délai de dix ans à compter du dernier jour de l'exercice de leur activité à l'étranger, ou de celle de leur conjoint décédé.

### **Article R742-34**

Pour l'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse, les intéressés sont rangés dans la classe de cotisations correspondant à la rémunération afférente à leur dernière activité salariée à l'étranger.

Les demandes de rachat sont adressées aux organismes mentionnés à l'article R. 351-37-2.

### **Article R742-35**

Les droits des personnes qui demandent le bénéfice de l'article L. 742-2 sont liquidés suivant les règles en vigueur pour le régime général de l'assurance vieillesse.

### **Article R742-36**

Les périodes assimilées à des périodes d'activité salariée pour l'application de l'article L. 742-2 sont ;

1°) les périodes postérieures au 30 juin 1930, pendant lesquelles les travailleurs ont été contraints de suspendre leur activité salariée à la suite de leur appel sous les drapeaux soit pour accomplir leur service militaire légal en temps de paix, soit comme mobilisés ou comme volontaires en temps de guerre ;

2°) les périodes postérieures au 1er septembre 1939 durant lesquelles les intéressés ont été mobilisés, engagés volontaires en temps de guerre, prisonniers ou déportés ;

3°) les périodes postérieures au 1er septembre 1939, telles qu'elles sont définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, durant lesquelles les intéressés ont été, dans les territoires d'outre-mer et les Etats qui étaient antérieurement placés sous la souveraineté, le protectorat ou la tutelle de la France, empêchés d'exercer une activité salariée en raison de la situation où ils se sont trouvés placés du fait de la guerre ou de troubles à l'ordre public.

Pour bénéficier des dispositions du présent article, les intéressés doivent justifier de leur adhésion à l'assurance volontaire au titre d'une activité salariée pendant une durée d'au moins six mois précédant immédiatement le trimestre civil au cours duquel est survenue la cessation d'emploi.

### **Article R742-37**

Les assurés peuvent obtenir la liquidation de leurs droits à l'assurance vieillesse à compter, au plus tôt, du premier jour du mois suivant la date de dépôt de leur demande de rachat, sous réserve que leur demande de prestation de vieillesse ait été formulée dans les six mois suivant la date à laquelle leur aura été notifiée la décision faisant droit à leur demande de rachat.

### **Article R742-38**

Les prestations de vieillesse sont révisées, avec effet, au premier jour du mois civil suivant la date de la demande de rachat, compte tenu des périodes validées au titre du rachat, dans la limite du maximum de trimestres susceptibles d'être pris en compte à la date d'entrée en jouissance initiale de ces prestations de vieillesse.

La demande de rachat ne peut concerner des périodes d'activité postérieures à la date d'entrée en jouissance d'une prestation de vieillesse.

## **Article R742-39**

Le montant des cotisations dues au titre du rachat est égal à celui des cotisations prévues au premier alinéa de l'article L. 351-14-1.

Pour les assurés âgés de soixante-sept ans ou plus à la date de présentation de leur demande de rachat, le montant des cotisations est égal au montant des cotisations prévues par le premier alinéa de l'article L. 351-14-1 pour les assurés âgés de soixante-deux ans, diminué de 2,5 % par année révolue au-delà de cet âge.

Le tarif applicable est déterminé en fonction de la rémunération afférente aux douze derniers mois d'activité salariée à l'étranger.

Le versement des cotisations dues peut être échelonné dans les mêmes conditions que le versement des cotisations prévues à l'article L. 351-14-1. Il peut être mis fin au versement dans les mêmes conditions que pour le versement des cotisations prévues à l'article L. 351-14-1.

La mise en paiement des pensions liquidées en faveur des intéressés est ajournée jusqu'au moment où le versement des cotisations dont il s'agit est terminé.

## **Section 2 : Dispositions concernant les régimes des non-salariés non-agricoles**

### **Sous-section 2 : Dispositions communes au régime des professions artisanales et à celui des professions industrielles et commerciales.**

## **Article R742-40**

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article R. 634-1, le revenu servant de base au calcul de la pension correspondant aux années donnant lieu au partage mentionné à l'article L. 742-10 est déterminé séparément et en ne tenant compte que des cotisations versées au cours de ces années.

## **Chapitre 3 : Assurances volontaires en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles**



## **Section 1 : Assurance individuelle**

### **Article R743-1**

Les personnes non mentionnées aux articles L. 411-1, L. 411-2, L. 412-2, L. 412-8 et L. 413-12 qui désirent bénéficier de l'assurance volontaire prévue à l'article L. 743-1 adressent à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle elles ont leur résidence habituelle, une demande conforme à un modèle fixé par arrêté accompagnée d'un extrait d'acte de naissance sur papier libre.

### **Article R743-2**

Le requérant fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie, dans sa déclaration, le salaire annuel devant servir de base au calcul des cotisations et, sous réserve des dispositions de l'article R. 743-4, au calcul des prestations.

Ce salaire ne peut être inférieur au salaire minimum prévu au premier alinéa de l'article L. 434-16, ni supérieur au plafond annuel moyen des cotisations de sécurité sociale.

Dans le cas où le requérant bénéficie également de l'assurance volontaire au titre de l'article L. 742-1 le salaire annuel de base des cotisations et des indemnités est celui de la classe dans laquelle l'intéressé se trouve rangé, sans pouvoir toutefois, être inférieur au minimum prévu à l'alinéa précédent.

La caisse primaire d'assurance maladie vérifie si la situation du requérant entre dans les catégories mentionnées à l'article R. 743-1 et lui notifie sa décision dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande.

### **Article R743-3**

L'assurance volontaire ouvre droit aux prestations prévues par la législation relative aux accidents du travail à l'exception de l'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 433-1.

## **Section 2 : Assurance des bénévoles d'oeuvres et d'organismes d'intérêt général**

### **Article R743-4**

Les oeuvres ou organismes d'intérêt général mentionnés à l'article L. 743-2 qui désirent souscrire une assurance couvrant les risques accidents du travail et maladies professionnelles pour tout ou partie de leurs bénévoles adressent à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est situé chacun de leurs établissements une demande en ce sens.

Cette demande doit être conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Elle comporte un état nominatif des bénévoles concernés, qu'elle regroupe par catégories d'activité, définies par arrêté du même ministre. L'état nominatif ne peut être modifié que dans les quinze premiers jours du mois précédant chaque trimestre civil d'assurance, les modifications prenant effet à compter du premier jour dudit trimestre.

La caisse primaire d'assurance maladie mentionnée au premier alinéa vérifie si la demande de l'oeuvre ou de l'organisme répond aux prescriptions de l'article L. 743-2 et du présent article et lui notifie sa décision dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande.

### **Article R743-5**

L'assurance volontaire en faveur des bénévoles ouvre droit aux prestations prévues par la législation relative aux accidents du travail, à l'exception de l'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 433-1 et de l'indemnité en capital mentionnée à l'article L. 434-1. Ces prestations sont versées par la caisse primaire d'assurance maladie mentionnée à l'article R. 743-4 sous réserve de justification du paiement des cotisations dans les conditions fixées aux articles R. 743-9 et R. 743-10.

### **Article R743-6**

Pour l'application des articles L. 411-1 et L. 411-2, le lieu où s'exerce le bénévolat est considéré comme le lieu de travail. Doivent être considérés comme survenus à l'occasion de leurs missions les accidents dont pourraient être victimes les bénévoles pendant le trajet d'aller et retour entre leur lieu de travail et le siège de l'oeuvre ou de l'organisme d'intérêt général, ou les instances aux travaux desquels ils participent.

### **Article R743-7**

Le salaire annuel servant de base au calcul des cotisations et des prestations des bénévoles est le salaire minimum prévu au premier alinéa de l'article L. 434-16.

### **Article R743-8**

Les obligations de l'employeur en matière de déclaration des accidents du travail ou des maladies

professionnelles incombent à l'oeuvre ou à l'organisme d'intérêt général.

### **Section 3 : Dispositions communes**

#### **Article R743-9**

Les droits des bénéficiaires des assurances prévues aux articles L. 743-1 et L. 743-2 prennent effet du premier jour du mois qui suit la décision de la caisse primaire d'assurance maladie. Ils cessent au dernier jour du trimestre civil en cours sous réserve de l'acquittement des cotisations.

En dehors du premier versement, les cotisations trimestrielles sont payables d'avance dans les quinze premiers jours du mois précédant le trimestre civil d'assurance.

#### **Article R743-10**

Lorsque les cotisations n'ont pas été intégralement acquittées à la fin du mois précédant le trimestre civil d'assurance, les accidents intervenus pendant ce trimestre n'ouvrent pas droit aux prestations des assurances prévues aux articles L. 743-1 et L. 743-2.

# **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

## **Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses**

### **Titre 5 : Départements d'outre-mer**

#### **Chapitre 2 : Organisation administrative et financière - Contentieux**

##### **Section 1 : Dispositions communes aux caisses générales de sécurité sociale et aux caisses d'allocations familiales.**

###### **Article R752-1**

Les dispositions des articles R. 231-1, R. 281-4 et R. 281-6 sont applicables aux caisses générales de sécurité sociale et caisses d'allocations familiales des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

###### **Article R752-2**

Sans préjudice de l'application de l'article L. 752-8 et dans le cadre du programme les concernant, les caisses générales de sécurité sociale et les caisses d'allocations familiales des départements mentionnés à l'article L. 751-1 exercent respectivement leur action sanitaire et sociale suivant les règles applicables aux caisses régionales d'assurance maladie et aux caisses d'allocations familiales des autres départements telles qu'elles sont fixées au titre VI du livre II du présent code.

###### **Article R752-3**

Le délai d'un mois mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 151-1 est, en ce qui concerne les départements mentionnés à l'article L. 751-1, porté à trois mois.

###### **Article R752-4**

L'arrêté prévu à l'article L. 752-1 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture.

### **Article R752-5**

Les arrêtés mentionnés au premier alinéa de l'article L. 752-2 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'agriculture et éventuellement les autres ministres intéressés.

### **Article R752-6**

L'arrêté mentionné à l'article L. 752-3 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

### **Article R752-7**

L'autorité compétente pour la désignation des personnes qualifiées au sein des conseils d'administration des caisses générales de sécurité sociale et des caisses d'allocations familiales des départements mentionnés à l'article L. 751-1, est le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Section 2 : Dispositions relatives aux caisses générales de sécurité sociale.**

### **Article R752-8**

Les caisses générales de sécurité sociale exercent les attributions dévolues aux caisses primaires d'assurance maladie, aux caisses régionales et à la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

### **Article R752-9**

Les dispositions de l'article R. 211-11 sont applicables aux caisses générales de sécurité sociale des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

## **Section 4 : Contentieux**

### **Sous-section 1 : Contentieux général - Contentieux technique.**

#### **Article R752-10**

Les dispositions des chapitres 1 à 4 du titre IV du livre Ier du présent code sont applicables aux départements mentionnés à l'article L. 751-1 dans les conditions et sous les réserves prévues aux articles suivants.

#### **Article R752-11**

Les dispositions des chapitres 2 à 4 du titre IV du livre Ier du présent code relatives, en matière de contentieux général et technique, tant aux caisses primaires ou régionales d'assurance maladie qu'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 R752-12**

Le ressort des tribunaux des affaires de sécurité sociale et des tribunaux du contentieux de l'incapacité correspond à la circonscription de chaque caisse générale de sécurité sociale.

#### **Article R752-13**

Le délai d'un mois pour interjeter appel des décisions des tribunaux des affaires de sécurité sociale est, éventuellement, augmenté en raison des distances, conformément aux dispositions applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

#### **Article R752-14**

Les attributions du directeur régional des affaires sanitaires et sociales sont, dans le département de la Réunion, exercées par le directeur départemental.

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les fonctions de secrétaire de tribunal des

affaires de sécurité sociale et de tribunal du contentieux de l'incapacité sont assurées par un fonctionnaire des services déconcentrés exerçant, en matière de sécurité sociale, les missions qui, en métropole, sont dévolues aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales.

### **Article R752-15**

Le délai de dix jours prévu à l'article R. 143-8 peut, dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, être prolongé dans certains territoires ou dans certaines circonscriptions locales de chacun de ces départements par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture pris dans les conditions prévues à l'article L. 754-1.

### **Article R752-16**

Les dispositions de la présente sous-section sont applicables aux différends mentionnés à l'article L. 752-12.

## **Sous-section 2 : Contentieux du contrôle technique.**

### **Article R752-17**

Pour leur application aux départements mentionnés à l'article L. 751-1, les dispositions du chapitre 5 du titre IV du livre Ier du présent code font l'objet, en tant que de besoin, d'adaptations déterminées par décret en Conseil d'Etat.

### **Article R752-18**

Les actions intentées en application des articles L. 145-1 et suivants à l'occasion de soins dispensés aux bénéficiaires du présent titre sont soumises en première instance à la section des assurances sociales du conseil régional des médecins de Fort-de-France, en ce qui concerne les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique.

### **Article R752-18-1**

La section des assurances sociales du conseil régional des médecins de Fort-de-France compétente à l'égard des médecins exerçant dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique est présidée par le président du tribunal administratif de Fort-de-France ou un conseiller

délégué par lui.

La section comprend également, d'une part, deux assesseurs proposés par le conseil régional et choisis en son sein, d'autre part, deux assesseurs proposés par les trois caisses générales de sécurité sociale, l'un administrateur de caisse ou agent de direction, l'autre médecin conseil. En ce qui concerne le médecin conseil, la proposition est faite après consultation du médecin conseil régional. Les assesseurs sont nommés par le préfet de la région Martinique.

### **Article R752-18-2**

Les actions intentées en application des articles L. 145-1 et suivants à l'occasion de soins dispensés aux bénéficiaires du présent titre sont soumises en première instance à la section des assurances sociales du conseil régional des chirurgiens-dentistes de Fort-de-France en ce qui concerne les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique.

### **Article R752-18-3**

La section des assurances sociales du conseil régional des chirurgiens-dentistes de Fort-de-France compétente à l'égard des chirurgiens-dentistes exerçant dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique est présidée par le président du tribunal administratif de Fort-de-France ou un conseiller délégué par lui.

La section comprend également, d'une part, deux assesseurs proposés par le conseil régional et choisis en son sein, d'autre part, deux assesseurs proposés par les trois caisses générales de sécurité sociale, l'un administrateur de caisse ou agent de direction, l'autre chirurgien-dentiste-conseil. En ce qui concerne le chirurgien-dentiste-conseil, la proposition est faite après consultation du médecin-conseil régional. Les assesseurs sont nommés par le préfet de la région Martinique.

### **Article R752-18-4**

La section des assurances sociales compétente à l'égard des médecins exerçant dans le département de la Réunion est celle du conseil régional de l'ordre des médecins de la région Ile-de-France.

### **Article R752-18-5**

La section des assurances sociales compétente à l'égard des chirurgiens-dentistes exerçant dans le département de la Réunion est celle du conseil régional de l'ordre des chirurgiens-dentistes de la région Ile-de-France.



## **Article R752-18-6**

Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'occasion des prestations servies à des assurés sociaux à l'encontre des pharmaciens titulaires d'une officine, des pharmaciens des établissements hospitaliers, des pharmaciens mutualistes, des pharmaciens salariés et des pharmaciens biologistes-responsables, biologistes-coresponsables et biologistes médicaux des laboratoires de biologie médicale exerçant dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion sont soumis en première instance à une section distincte, dite section des assurances sociales du conseil central de la section E de l'ordre des pharmaciens.

## **Article R752-18-7**

La section des assurances sociales du conseil central de la section E est présidée par le président du tribunal administratif de Paris ou un conseiller délégué par lui.

La section comprend également, d'une part, deux assesseurs proposés par le conseil central de la section E de l'ordre des pharmaciens et choisis en son sein, d'autre part, deux assesseurs représentant les organismes de sécurité sociale, l'un administrateur de caisse ou agent de direction, l'autre pharmacien-conseil, proposés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Les assesseurs sont nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Section 5 : Dispositions relatives aux exonérations de cotisations prévues aux articles L. 752-3-1 et L. 752-3-2**

### **Article R752-19**

L'exonération prévue au I de l'article L. 752-3-1 est applicable aux cotisations d'assurances sociales et d'allocations familiales qui sont dues au titre des rémunérations des salariés employés dans des établissements situés à Saint-Pierre-et-Miquelon.

L'exonération est déterminée par mois civil et pour chaque salarié en prenant en compte le nombre d'heures de travail rémunérées au cours du mois.

Pour les salariés dont la rémunération ne peut être déterminée au cours du mois en fonction d'un nombre d'heures de travail rémunérées ou pour lesquels le contrat de travail est suspendu, il est fait application des dispositions prises en application de l'article L. 241-15 du code de la sécurité sociale.

### **Article R752-19-1**

L'exonération prévue à l'article L. 752-3-2 est applicable aux cotisations d'assurances sociales et d'allocations familiales qui sont dues au titre des rémunérations des salariés employés dans des établissements situés en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. Les effectifs sont appréciés conformément au V de l'article L. 752-3-2.

1° Pour les employeurs occupant un effectif inférieur à onze salariés, l'exonération mentionnée au III de l'article L. 752-3-2 est déterminée de la façon suivante :

a) Lorsque le salaire horaire brut est inférieur à 2,2 fois le SMIC, l'exonération des cotisations d'assurances sociales et d'allocations familiales est totale sur la partie du salaire horaire brut allant jusqu'à 1,4 fois le SMIC compris ;

b) Lorsque le salaire horaire brut est égal ou supérieur à 2,2 fois le SMIC, le montant mensuel de l'exonération est égal au produit de la rémunération mensuelle brute versée au salarié par un coefficient déterminé par l'application de la formule suivante :

Coefficient =  $0,281/1,6 \times (3,8 \times \text{SMIC} \times 1,4 \times \text{nombre d'heure rémunérées} / \text{rémunération mensuelle brute}) - 1,4$

2° Pour les employeurs occupant un effectif de onze salariés ou plus et satisfaisant aux critères d'éligibilité fixés aux 2°, 3° ou 4° du II de l'article L. 752-3-2, le montant mensuel de l'exonération mentionnée au III de cet article est égal au produit de la rémunération mensuelle brute versée au salarié par un coefficient déterminé par l'application de la formule suivante :

Coefficient =  $0,281/2,4 \times (3,8 \times \text{SMIC} \times 1,4 \times \text{nombre d'heure rémunérées} / \text{rémunération mensuelle brute}) - 1,4$

3° L'exonération prévue au IV de l'article L. 752-3-2 est déterminée de la façon suivante :

a) Lorsque le salaire horaire brut est inférieur à 2,5 fois le SMIC, l'exonération des cotisations d'assurances sociales et d'allocations familiales est totale sur la partie du salaire horaire brut allant jusqu'à 1,6 fois le SMIC compris ;

b) Lorsque le salaire horaire brut est égal ou supérieur à 2,5 fois le SMIC, le montant mensuel de l'exonération est égal au produit de la rémunération mensuelle brute versée au salarié par un coefficient déterminé par l'application de la formule suivante :

Coefficient =  $0,281/2 \times (4,5 \times \text{SMIC} \times 1,6 \times \text{nombre d'heure rémunérées} / \text{rémunération mensuelle brute}) - 1,6$

4° Pour le calcul des formules du 1°, 2° et 3° :

a) Le résultat obtenu par application de la formule est arrondi à trois décimales, au millième le plus proche. S'il est supérieur à 0,281, il est pris en compte pour une valeur égale à 0,281 ;

b) Le SMIC est le taux horaire du salaire minimum de croissance pris en compte pour sa valeur du premier jour de la période d'emploi rémunérée ;

c) La rémunération mensuelle brute est constituée des gains et rémunérations tels que définis à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale versés au salarié au cours du mois civil ;

d) Pour les salariés dont la rémunération ne peut être déterminée au cours du mois en fonction d'un nombre d'heures de travail rémunérées ou pour lesquels le contrat de travail est suspendu, il est fait application des dispositions prises en application de l'article L. 241-15 du code de la sécurité

sociale.

## **Article R752-20**

I. - Pour l'application des seuils prévus aux 1° et 2° du I de l'article L. 752-3-1, l'effectif pris en compte est celui des salariés employés par l'entreprise, tous établissements confondus, situés à Saint-Pierre-et-Miquelon. Il est apprécié en moyenne sur l'année civile et déterminé selon les modalités fixées aux articles L. 1111-2, L. 1111-3 et L. 1251-54 du code du travail et arrondi à l'unité la plus proche.

Dans l'attente de la détermination de l'effectif de l'année, il est tenu compte de l'effectif employé par l'entreprise au cours de l'année précédente. Toutefois, en cas de baisse de son effectif, l'entreprise peut obtenir l'application de l'exonération pour l'année en cours dans les conditions fixées par les dispositions prises en application du 1° du I de l'article L. 752-3-1 du code de la sécurité sociale.

A titre provisionnel, l'exonération est applicable, pour chaque mois civil, aux rémunérations versées au cours du mois dans la limite de dix salariés dans le cas général et de cinquante salariés pour les entreprises du secteur du bâtiment et des travaux publics.

Une régularisation est effectuée au plus tard le 31 mars de l'année suivante au vu de la moyenne des effectifs de l'année calculée conformément au premier alinéa ci-dessus.

II. - Bénéficiaire de l'exonération prévue au I de l'article L. 752-3-1 les entreprises, employeurs et organismes mentionnés au 1° et au 2° du I de cet article, qui se créent ou s'implantent à Saint-Pierre-et-Miquelon et dont l'effectif est, l'année de création ou d'implantation, de moins de onze salariés dans le cas général et de moins de cinquante et un salariés pour les entreprises du secteur du bâtiment et des travaux publics.

Cet effectif est déterminé selon les modalités prévues au premier alinéa du I du présent article au prorata du nombre de mois civils d'activité de l'entreprise à Saint-Pierre-et-Miquelon pendant l'année au cours de laquelle a eu lieu cette création ou implantation. Dans l'attente de la détermination de l'effectif de cette année, l'entreprise applique l'exonération les mois civils au cours desquels son effectif ne dépasse pas, selon le cas, dix ou cinquante salariés.

Si l'effectif ainsi déterminé est inférieur, selon le cas, à onze ou cinquante et un salariés, l'entreprise procède à une régularisation de cotisations au plus tard le 31 mars de l'année suivante, l'exonération étant applicable, au titre de cette première année d'activité, aux rémunérations versées, selon le cas, à au plus dix ou cinquante salariés.

Dans le cas général, si l'effectif ainsi déterminé est de plus de dix salariés, l'exonération n'est pas applicable, l'entreprise n'étant pas éligible à l'exonération. Si l'effectif de l'entreprise du secteur du bâtiment et des travaux publics est de plus de cinquante salariés, le taux de l'exonération est réduit de 50 %.

## **Article R752-20-1**

Pour l'application des seuils prévus au 1° du II, au deuxième alinéa du III et au 1° du IV de l'article L. 752-3-2, l'effectif des salariés, calculé au 31 décembre, est égal à la moyenne des effectifs déterminés chaque mois de l'année civile.

Pour la détermination des effectifs du mois, il est tenu compte des salariés titulaires d'un contrat de

travail le dernier jour de chaque mois, y compris les salariés absents, conformément aux dispositions des articles L. 1111-2, L. 1111-3 et L. 1251-54 du code du travail.

Pour une entreprise créée en cours d'année, l'effectif est apprécié à la date de sa création. Au titre de l'année suivante, l'effectif de cette entreprise est apprécié dans les conditions définies aux deux alinéas précédents, en fonction de la moyenne des effectifs de chacun des mois d'existence de la première année.

Pour la détermination de la moyenne mentionnée aux alinéas 1 et 3, les mois au cours desquels aucun salarié n'est employé ne sont pas pris en compte.

En cas de baisse de son effectif, l'entreprise peut obtenir l'application de l'exonération pour l'année en cours dans les conditions fixées par les dispositions prises en application du 1° du I de l'article L. 752-3-1 du code de la sécurité sociale.

Si l'effectif est de onze salariés ou plus, l'exonération prévue au deuxième alinéa du III de l'article L. 752-3-2 n'est pas applicable, l'entreprise n'étant pas éligible à l'exonération.

### **Article R752-21**

Pour l'application du IV de l'article L. 752-3-1 et du deuxième alinéa du V de l'article L. 752-3-2, le droit à l'exonération est apprécié au titre de chaque salarié, indépendamment de l'autre ou des autres activités exercées par l'entreprise ou l'établissement. En ce cas, est prise en compte l'activité exercée par le salarié pour plus de la moitié de son horaire de travail. L'employeur doit être en mesure de produire, auprès de l'organisme chargé du recouvrement, tout document justifiant l'activité exercée par le ou les salariés ouvrant droit à l'exonération au titre des 2° et 3° du I, du II et du III de l'article L. 752-3-1 et à l'exonération au titre du I de l'article L. 752-3-2.

### **Article R752-22**

Pour bénéficier des exonérations prévues aux articles L. 752-3-1 et L. 752-3-2, l'employeur adresse à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations une déclaration, datée et signée, pour l'entreprise ou, si elle comporte plusieurs établissements, pour chacun de ceux-ci.

Cette déclaration comporte les renseignements et est accompagnée des documents dont la liste est établie par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'outre-mer. Elle est transmise à l'organisme, selon des modalités fixées par ledit arrêté, au plus tard lors de la première échéance de cotisations à laquelle l'exonération est applicable.

L'employeur est tenu de déclarer sans délai à l'organisme de recouvrement des cotisations tout changement de situation entraînant une modification de son droit à l'exonération.

## **Section 6 : Dispositions diverses**

## **Article R752-24**

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les décisions des conseils d'administration des caisses générales de sécurité sociale et des caisses d'allocations familiales concernant l'action sanitaire sont communiquées au directeur départemental des affaires sanitaires et sociales territorialement compétent aux fins d'observations éventuelles.

Le délai mentionné à l'article R. 151-1 est porté à quinze jours à l'égard de ces décisions.

## **Chapitre 3 : Assurances sociales.**

### **Article R753-1**

Le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 753-1 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture, du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des départements d'outre-mer.

### **Article R753-2**

Sont applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, aux bénéficiaires du présent titre, et sous les réserves ci-après, les dispositions des articles R. 312-4 à R. 312-6, R. 312-8 à R. 312-11, R. 313-10, R. 313-11, R. 313-14, R. 313-16, R. 314-1 à R. 314-3, R. 321-1 à R. 321-3, R. 321-5, R. 322-10 à R. 322-13, R. 323-1, R. 323-4, R. 323-9 à R. 323-12, R. 331-1 à R. 331-5 (1er alinéa), R. 331-6, R. 332-2, R. 341-3, R. 341-6, R. 341-7 à R. 341-13, R. 341-14 (2ème alinéa), R. 341-15, R. 341-16, R. 341-18 à R. 341-22 (1er alinéa), R. 341-23, R. 341-24, R. 342-3 à R. 342-6, R. 351-1 à R. 351-7, R. 351-9, R. 351-11, R. 351-21 à R. 351-27, R. 351-30, R. 351-34, R. 351-38, R. 352-1, R. 352-2, R. 353-1, R. 353-3 à R. 353-8, R. 354-1, R. 355-1 à R. 355-3, R. 355-6, R. 361-3, R. 361-4, R. 362-1, R. 362-2, R. 371-3, R. 371-6, R. 371-8 à R. 371-11, R. 372-1, R. 376-1, R. 742-1 à R. 742-8 et R. 742-30 à R. 742-39.

### **Article R753-3**

Les dispositions du chapitre 5 du titre Ier du livre III sont applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

## **Section 1 : Assurance maladie, maternité, invalidité, décès**

## **Sous-section 1 : Ouverture des droits - Maintien des droits.**

### **Article R753-4**

Les conditions d'ouverture du droit des assurés sociaux des professions agricoles et non-agricoles aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 sont appréciés en ce qui concerne :

- 1° Les prestations en nature de l'assurance maladie, à la date des soins ;
- 2° Les prestations en espèces de l'assurance maladie, au jour de l'interruption de travail ;
- 3° Les prestations en nature et en espèces de l'assurance maternité, au début du neuvième mois avant la date présumée de l'accouchement ou à la date du début du repos prénatal ;
- 4° Les prestations de l'assurance décès, à la date du décès.

### **Article R753-4-1**

Sans préjudice de l'application des dispositions des articles R. 615-6 et R. 615-29, les assurés ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité dans les conditions suivantes :

1° A droit et ouvre droit à ces prestations pendant les six premiers mois civils suivant la période de référence, l'assuré qui justifie :

- a) Soit avoir occupé un emploi salarié ou assimilé pendant au moins trente jours au cours des six mois ou à défaut pendant au moins cent trente jours au cours des douze mois précédant la date à laquelle est survenu le fait ouvrant droit aux prestations ;
- b) Soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant six mois civils est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 1 040 fois la valeur horaire du SMIC (salaire minimum de croissance) en vigueur au premier jour du semestre civil qui précède immédiatement le début de la période de six mois ;

2° Sans préjudice de l'application de l'article L. 161-8, est présumé avoir rempli les conditions prévues pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité pour la période qui, après la fin de l'année civile de référence, va du 1er juillet au 30 juin l'assuré social qui justifie :

a) Soit avoir occupé un emploi salarié pendant au moins 1200 heures au cours de la dernière année civile ;

b) Soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant la dernière année civile est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 2080 fois la valeur horaire du SMIC au 1er janvier de cette même année ;

3° Pour le travailleur salarié entrant dans un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, la condition d'une durée d'activité salariée ou assimilée exigée pour percevoir les prestations en nature des assurances maladie et maternité est suspendue pendant un délai de trois mois à compter de la date de son entrée dans le régime.

Sans préjudice de l'application de l'article L. 161-8, à l'issue de ce délai et pendant une période de trois mois, les assurés nouvellement immatriculés, âgés de moins de vingt-cinq ans ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité, dès l'instant qu'ils justifient de soixante heures de travail salarié ou assimilé.

## **Article R753-5**

Pour ouvrir droit aux indemnités journalières de l'assurance maladie pendant les six premiers mois d'interruption de travail, et aux indemnités journalières de l'assurance maternité, l'assuré social doit justifier à la date à laquelle est survenu le fait ouvrant droit aux prestations :

a) Soit avoir occupé un emploi salarié ou assimilé pendant au moins 30 jours au cours des six mois ou à défaut au moins 130 jours au cours des douze mois précédents ;

b) Soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant les six mois civils précédents est au moins égal à 1 040 fois la valeur horaire du SMIC au premier jour des six mois civils qui précèdent immédiatement le début de cette période.

Il doit en outre, justifier, pour avoir droit aux indemnités journalières de l'assurance maternité, de dix mois d'immatriculation à la date présumée de l'accouchement.

Lorsque l'arrêt de travail se prolonge sans interruption au-delà du sixième mois, l'assuré social, pour avoir droit aux indemnités journalières après le sixième mois d'incapacité de travail, doit avoir été immatriculé depuis douze mois au moins au premier jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail. Il doit justifier en outre qu'il a exercé une activité salariée ou assimilée pendant 800 heures au moins au cours des douze mois précédents.

Ces conditions d'activité sont réputées remplies si l'assuré justifie que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant les douze mois civils précédant l'interruption de travail est au moins égal au

montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 2 080 fois la valeur horaire du SMIC au 1er janvier qui précède immédiatement le début de cette période.

### **Article R753-5-1**

Pour avoir droit à l'indemnité journalière de repos prévue à l'article L. 331-7, l'assuré doit justifier qu'il a occupé un emploi salarié ou assimilé pendant au moins 30 jours au cours des six mois ou à défaut 130 jours au cours des douze mois précédant la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

Ces conditions d'activité sont réputées remplies si l'assuré justifie que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant les six mois civils précédant la date d'arrivée de l'enfant au foyer est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 1 040 fois la valeur horaire du SMIC au premier jour des six mois civils qui précèdent immédiatement le début de cette période.

Il doit, en outre, justifier de dix mois d'immatriculation à la date d'arrivée de l'enfant à son foyer.

Pour permettre le service de l'indemnité journalière de repos, il est remis à l'intéressé, par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales ou par l'oeuvre d'adoption autorisée une attestation justifiant qu'un enfant lui est confié en vue de son adoption ainsi que la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

### **Article R753-6**

Pour invoquer le bénéfice de l'assurance invalidité, l'assuré social doit avoir été immatriculé depuis douze mois au premier jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la constatation de l'état d'invalidité, résultant de l'usure prématurée de l'organisme. Il doit justifier, en outre, qu'il a exercé une activité salariée ou assimilée pendant 800 heures au moins au cours des douze mois précédents.

### **Article R753-7**

Pour ouvrir droit aux prestations de l'assurance décès l'assuré social doit avoir rempli l'une des conditions énumérées au 1° du second alinéa de l'article R. 753-4-1.

Les titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse sont considérés comme ayant la qualité d'assurés ouvrant droit au capital-décès tant qu'ils remplissent les conditions prévues aux articles R. 753-4-1 ou R. 753-5.



## **Article R753-7-1**

Pour l'ouverture du droit aux prestations prévues par les articles R. 753-4 à R. 753-7 et sans préjudice de l'application de l'article L. 311-5, est considérée comme équivalant à six heures de travail salarié ou à six fois la valeur horaire du SMIC au 1er janvier qui précède immédiatement la période de référence :

- 1° Chaque journée indemnisée au titre de la maladie, de la maternité ou de l'invalidité ;
- 2° Chaque journée d'interruption de travail due à la maladie au titre de laquelle l'assuré n'a pas perçu l'indemnité journalière de l'assurance maladie soit parce qu'elle est comprise dans les trois premiers jours de l'incapacité de travail, à condition que l'arrêt de travail ait donné lieu par la suite à l'attribution d'indemnités journalières, soit parce que l'assuré a épuisé ses droits à l'indemnisation tels qu'ils sont fixés par les articles L. 323-1 et R. 323-1 à condition que l'incapacité physique de reprendre ou de continuer le travail soit reconnue par le médecin-conseil ;
- 3° Chaque journée d'incapacité temporaire donnant lieu au versement des indemnités journalières au titre de la législation sur les accidents du travail ainsi que chaque journée pendant laquelle l'assuré a perçu, au titre de la même législation, une rente ou allocation correspondant à une incapacité permanente d'au moins 66 2/3 % ;
- 4° Chaque journée de stage effectuée dans un établissement de rééducation mentionné à l'article R. 481-1 par le titulaire d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail, quel que soit le taux de l'incapacité à laquelle cette rente correspond ;
- 5° Chaque journée pendant laquelle l'assuré fait l'objet d'une détention préventive.

## **Article R753-7-2**

Pour l'ouverture du droit aux prestations prévues aux articles R. 753-4 à R. 753-7 est considérée comme équivalant à huit heures de travail salarié ou huit fois la valeur horaire du SMIC au 1er janvier qui précède immédiatement la période de référence, chaque journée de congé formation pour laquelle le bénéficiaire n'a reçu aucune rémunération de son employeur, le nombre de journées décomptées ne pouvant être supérieur à cinq pour une semaine de stage.

## **Article R753-7-3**

Les prestations en espèces de l'assurance maladie et de l'assurance maternité ne peuvent être cumulées avec les revenus de remplacement ou allocations mentionnées à l'article L. 311-5.

## **Article R753-8**

La détermination du droit aux prestations en application des dispositions des articles R. 753-4 à R. 753-5-1 et R. 753-6 est effectuée au vu de l'attestation prévue à l'article R. 323-10.

Toutefois, en ce qui concerne les prestations en nature, l'attestation ci-dessus mentionnée peut être remplacée par les pièces prévues à l'article R. 143-2 du code du travail, à condition que ces pièces portent la mention du numéro sous lequel l'employeur effectue le versement des cotisations de sécurité sociale dues pour les travailleurs qu'il emploie, ainsi que du nom et de l'adresse de l'organisme auquel l'employeur verse ces cotisations.

## **Article R753-9**

Pour les assurés dont les conditions habituelles de travail ne permettent pas la production de pièces précisant la durée du travail, un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture fixe, pour l'application du présent titre, l'équivalence en heures de travail des cotisations versées.

## **Sous-section 2 : Soins.**

### **Article R753-11**

Il peut être dérogé, dans les conditions prévues à l'article L. 753-3, aux tarifs pris en application de l'article R. 314-1.

### **Article R753-13**

Le décret prévu à l'article L. 753-2 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé.

### **Article R753-14**

Pour l'application de l'article L. 753-3 l'arrêté interministériel prévu audit article est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'agriculture et le ministre chargé de la santé sur proposition du préfet du département intéressé.

### **Sous-section 3 : Prestations en espèces de l'assurance maladie et de l'assurance maternité.**

#### **Article R753-16**

A titre transitoire, et jusqu'à une date qui sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'agriculture, sous peine d'encourir la suppression des indemnités journalières, l'assurée, la femme de l'assuré ou l'ayant droit mentionné au 2° de l'article L. 313-3, doivent se soumettre aux examens pré et postnataux dans les conditions précisées aux deuxième et troisième alinéas du présent article.

Dès réception du certificat de constatation médicale de la grossesse, la caisse invite l'intéressée à subir un examen obstétrical dans le délai de deux mois.

Le médecin conseil de la caisse peut, au vu dudit certificat, examiner ou faire examiner l'intéressée par un médecin auquel il fera appel dans les conditions prévues par les dispositions relatives au contrôle médical. L'assurée devra également faire parvenir à la caisse intéressée, dans les six semaines suivant l'accouchement, un certificat d'accouchement signé par le médecin ou la sage-femme qui l'a pratiqué, ainsi qu'un certificat attestant qu'un examen postnatal a eu lieu dans les quatre semaines suivant l'accouchement.

#### **Article R753-17**

Sont applicables à la femme assurée à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou une oeuvre d'adoption autorisée confie un enfant en vue de son adoption la première phrase du premier alinéa de l'article R. 331-5 ainsi que le troisième alinéa de l'article R. 331-.

### **Sous-section 4 : Caisse compétente.**

#### **Article R753-18**

Pour les personnes qui ont leur résidence habituelle dans un département [\*DOM\*] mentionné à l'article L. 751-1, les prestations servies au titre de soins dispensés en France métropolitaine peuvent être versées par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu des soins.

### **Sous-section 6 : Détenus.**

## **Article R753-20**

Pour l'application dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les attributions dévolues par l'article R. 381-97 à la caisse primaire d'assurance maladie sont exercées par la caisse générale de sécurité sociale.

## **Section 2 : Assurance vieillesse**

### **Sous-section 1 : Dispositions générales.**

#### **Article R753-21**

Les cotisations versées au titre de la législation sur les assurances sociales dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 depuis le 1er janvier 1948 sont prises en compte pour la détermination des droits à l'assurance vieillesse dans les conditions suivantes :

1°) pour l'année 1948, il y a lieu de retenir, dans la limite de quatre trimestres, autant de trimestres que le salaire annuel correspondant aux retenues subies par l'assuré sur sa rémunération représente de fois 1.800 F métropolitains dans les départements de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Guyane, ou 900 F. C.F.A. dans le département de la Réunion ;

2°) depuis le 1er janvier 1949, il y a lieu de retenir autant de trimestres que le salaire annuel correspondant aux retenues subies par l'assuré sur sa rémunération représente de fois le montant trimestriel de l'allocation aux vieux travailleurs salariés au 1er janvier de l'année considérée, dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 avec un maximum de quatre trimestres par année civile.

#### **Article R753-22**

Les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié des prestations maladie, maternité, invalidité, accident du travail et les périodes pendant lesquelles l'assuré a été présent sous les drapeaux pour son service militaire légal, par suite de mobilisation ou comme volontaire en temps de guerre sont prises en considération en vue de l'ouverture du droit à pension dans les conditions suivantes.

Sont comptés comme période d'assurance pour l'ouverture du droit à pension :

1°) le trimestre civil au cours duquel l'assuré a bénéficié, au titre du 4° de l'article L. 321-1, du soixantième jour d'indemnisation, un trimestre étant également décompté pour chaque nouvelle période d'indemnisation de soixante jours ;

2°) le trimestre civil au cours duquel est survenu l'accouchement ;

3°) chaque trimestre civil comportant une échéance du paiement des arrérages de la pension d'invalidité ;

4°) pour les bénéficiaires de la législation sur les accidents du travail, les dispositions du 1° ou du 3° du présent alinéa sont applicables selon que l'assuré a perçu des indemnités journalières au titre de l'incapacité temporaire ou une rente pour une incapacité permanente au moins égale à 66 % ;

5°) les périodes pendant lesquelles l'assuré, postérieurement à son immatriculation au régime des assurances sociales, a été présent sous les drapeaux pour son service militaire légal, par suite de mobilisation ou comme volontaire en temps de guerre ; ces périodes sont retenues de date à date, le nombre de trimestres valables correspondant étant éventuellement arrondi au chiffre immédiatement supérieur.

### **Article R753-23**

L'application des dispositions de l'article R. 753-22 ne peut avoir pour effet de porter à un chiffre supérieur à quatre le nombre de trimestres d'assurance valables au titre d'une même année civile.

### **Article R753-24**

Pour l'application des premier, deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 351-1 et sous réserve des dispositions de l'article R. 753-24-1, le salaire servant de base au calcul de la pension est le salaire annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des vingt-cinq années civiles d'assurance accomplies postérieurement au 31 décembre 1947 dont la prise en considération est la plus avantageuse pour l'assuré.

Les salaires exonérés de cotisations entre le 1er avril et le 31 décembre 1987 en application de l'article L. 241-10 entrent en compte, s'il y a lieu, dans la détermination du salaire servant de base au calcul de la pension.

Pour les salaires perçus postérieurement au 31 janvier 1991, le salaire servant de base au calcul de la pension est celui correspondant aux cotisations versées dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3.

### **Article R753-24-1**

I. - La durée de vingt-cinq années fixée au premier alinéa de l'article R. 753-24 est applicable aux assurés nés après 1947, quelle que soit la date d'effet de leur pension.

II. - Le nombre d'années mentionné au premier alinéa de l'article R. 753-24 est de :

Dix années pour l'assuré né avant le 1er janvier 1934 ;

Onze années pour l'assuré né en 1934 ;

Douze années pour l'assuré né en 1935 ;

Treize années pour l'assuré né en 1936 ;

Quatorze années pour l'assuré né en 1937 ;

Quinze années pour l'assuré né en 1938 ;

Seize années pour l'assuré né en 1939 ;

Dix-sept années pour l'assuré né en 1940 ;

Dix-huit années pour l'assuré né en 1941 ;

Dix-neuf années pour l'assuré né en 1942 ;

Vingt années pour l'assuré né en 1943 ;

Vingt et une années pour l'assuré né en 1944 ;

Vingt-deux années pour l'assuré né en 1945 ;

Vingt-trois années pour l'assuré né en 1946 ;

Vingt-quatre années pour l'assuré né en 1947.

### **Sous-section 3 : Détenus.**

#### **Article R753-25**

Les articles R. 381-103 à R. 381-120 sont applicables aux départements mentionnés à l'article L.

751-1. Les attributions dévolues par l'article R. 381-103 à la caisse primaire d'assurance maladie sont exercées par la caisse générale de sécurité sociale.

## **Section 3 : Dispositions diverses**

### **Sous-section 1 : Invalides de guerre.**

#### **Article R753-26**

L'affiliation des bénéficiaires des dispositions de l'article L. 753-8 à la caisse générale de sécurité sociale du département est opérée soit sur leur demande, soit à la diligence de l'office départemental des anciens combattants dans la circonscription de laquelle se trouve cette résidence.

## **Chapitre 4 : Accidents du travail**

### **Section 1 : Accidents survenus et maladies professionnelles constatées depuis le 1er janvier 1952.**

#### **Article R754-1**

Il est institué au sein du conseil d'administration de chaque caisse générale de sécurité sociale un comité composé de quatre membres, dont deux membres choisis parmi les représentants des salariés et deux membres choisis parmi les autres catégories d'administrateurs, dont un employeur au moins.

Le comité donne son avis en cas de contestation portant sur le caractère professionnel de l'accident. Le conseil d'administration peut lui déléguer tout ou partie de ses pouvoirs pour statuer à ce sujet.

#### **Article R754-3**

Le remboursement des avances mentionnées à l'article R. 422-7 est effectué par annuités.

#### **Article R754-4**

Dans le cas où les conditions locales de communication ou de transmission ne permettraient pas de respecter les délais fixés par l'article R. 442-14, il pourra y être dérogé dans les limites qui seront fixées pour chaque département ou circonscription locale par arrêté interministériel.

Les arrêtés mentionnés à l'article L. 754-1 et au premier alinéa du présent article sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture.

## **Section 2 : Accidents survenus et maladies professionnelles constatées avant le 1er janvier 1952.**

### **Article R754-5**

Dans chacun des départements [\*DOM\*] mentionnés à l'article L. 751-1, les prestations allouées en application des articles L. 413-2, L. 413-3 ou L. 413-5, en raison d'accidents survenus ou de maladies professionnelles constatées dans les professions agricoles et non- agricoles avant le 1er janvier 1952 sont supportées par la section locale du fonds commun mentionné à l'article L. 437-1.

Il est fait application des dispositions des articles R. 413-6 à R. 413-14. Toutefois, l'administration de l'enregistrement est substituée à la Caisse des dépôts et consignations pour ce qui concerne la réception et l'instruction de la demande et la liquidation de l'allocation et de la majoration. Le trésorier-payeur général est, d'autre part, chargé du paiement desdites allocations et majorations ainsi que du règlement des frais d'appareillage et des frais de procédure.

## **Section 3 : Dispositions communes.**

### **Article R754-6**

Dans les départements [\*DOM\*] mentionnés à l'article L. 751-1, les frais de procédure, notamment ceux afférents aux mesures d'instruction, relatifs à l'indemnisation de certaines victimes d'accidents du travail survenus ou de maladies professionnelles constatées avant l'entrée en vigueur de dispositions nouvelles concernant ces accidents ou maladies sont supportés dans les conditions prévues à l'article R. 413-15.

### **Article R754-7**

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, la comptabilité des allocations et majorations à la charge des fonds communs des accidents du travail agricole et non-agricole, en vertu des articles L. 413-2 et suivants, ainsi que les frais de procédure et de gestion y afférents est tenue dans les conditions prévues à l'article R. 413-19.



## **Section 4 : Dispositions concernant certaines catégories**

### **Article R754-8**

Pour les personnes agréées dans les départements d'outre-mer et dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon, en application de l'article R. 811-1 du code du travail en vue d'exercer l'activité de parrainage prévue par l'article L. 811-2 dudit code, l'obligation de déclaration de l'accident du travail survenu dans l'exercice de leur mission incombe à l'entreprise qui accueille le jeune ou l'apprenti. Les obligations de l'employeur relatives à l'affiliation des parrains et au paiement des cotisations incombent au préfet.

Les accidents garantis sont ceux qui surviennent au cours de l'action de parrainage ou sur le trajet d'aller et retour entre le domicile de ces personnes et le lieu de déroulement de l'action.

### **Article R754-9**

La cotisation représentative des risques accident du travail et maladie professionnelle auxquels sont exposés les parrains dans l'exercice de leur mission est prise en charge par l'Etat sur une base forfaitaire dans les conditions précisées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'outre-mer et du budget.

La rente servie aux intéressés est déterminée par référence au salaire annuel mentionné à l'article L. 434-16 du présent code.

## **Chapitre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées**

### **Section 1 : Généralités.**

#### **Article R755-0-1**

Les dispositions du présent chapitre relatives aux personnes vivant en concubinage s'appliquent aux partenaires d'un pacte civil de solidarité.

#### **Article R755-0-2**

Le plafond de rémunération des enfants à charge mentionnés à l'article L. 512-3 est égal, pour un mois, à 55 % du salaire minimum de croissance en vigueur dans chacun des départements mentionnés à l'article L. 751-1, multiplié par 169.

### **Article R755-0-3**

Les dispositions des articles R. 513-1 et R. 513-2 sont applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article R. 513-2, la référence à l'article L. 552-6 est remplacée par la référence à l'article L. 755-4.

Les dispositions du présent article sont applicables aux personnels mentionnés à l'article L. 755-10.

## **Section 3 : Complément familial.**

### **Article R755-1**

Sous réserve de l'article R. 755-2, le complément familial institué à l'article L. 755-16 est attribué aux ménages ou personnes qui remplissent les conditions générales d'ouverture du droit aux prestations familiales applicables dans les départements [\*DOM\*] mentionnés à l'article L. 751-1 et qui assument la charge d'un ou de plusieurs enfants tous âgés de plus de trois ans, à la condition qu'au moins l'un d'entre eux ait moins de cinq ans.

### **Article R755-2**

Les ménages ou personnes qui satisfont aux conditions définies à l'article R. 755-1 ne peuvent prétendre au complément familial que si le montant des ressources dont ils ont disposé durant l'année civile précédant le début de la période au cours de laquelle le droit au complément familial est ouvert ou maintenu ou le montant des ressources appréciées dans les conditions prévues à l'article R. 532-8 ne dépasse pas le plafond annuel prévu au deuxième alinéa de l'article L. 755-16.

### **Article R755-3**

Le droit au complément familial est examiné au regard de la condition de ressources définie à l'article R. 755-2 pour chaque période de douze mois débutant le 1er janvier en fonction de la situation de famille à cette date.

Toutefois, en cas de modification de la situation de famille en cours de période de paiement, le droit à l'allocation est examiné au premier jour du mois civil au cours duquel est intervenue la modification s'il y a diminution du nombre des enfants à charge, au premier jour du mois civil suivant si ce nombre a augmenté.

## **Section 9 : Allocation de rentrée scolaire.**

### **Article R755-14**

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les articles R. 543-1 à R. 543-7 sont applicables.

### **Article R755-14-1**

La somme des allocations de rentrée scolaire versées dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 n'entre pas en compte pour la détermination des ressources du fonds d'action sanitaire et social spécialisé des caisses d'allocations familiales desdits départements.

## **Chapitre 6 : Régime social des indépendants**

### **Section 1 : Organisation administrative.**

#### **Article R756-1**

Il est créé en vue de l'application du titre Ier du livre VI une caisse de base compétente pour les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique et une caisse de base compétente pour le département de la Réunion.

#### **Article R756-2**

Les conseils d'administration des caisses de base créées par l'article R. 756-1 comprennent vingt-quatre administrateurs.

La composition des conseils d'administration et la répartition des sièges entre les administrateurs des trois groupes professionnels des artisans, industriels et commerçants et professions libérales sont fixées dans les conditions prévues aux articles L. 611-12, R. 611-24, R. 611-25, R. 611-33 et

R. 611-34, à l'exception du dernier alinéa.

Sous réserve des dispositions du présent article, les caisses de base mentionnées à l'article R. 756-1 sont régies par les dispositions de la section 3 du chapitre 1er du titre Ier du livre VI.

### **Article R756-3**

Les décrets pris pour l'application du titre Ier du livre VI sont applicables dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion.

## **Chapitre 7 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés**

### **Section 1 : Allocations aux personnes âgées**

#### **Sous-section 3 : Allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité.**

### **Article R757-1**

Les prestations familiales, la retraite du combattant et les pensions attachées aux distinctions honorifiques, les majorations accordées aux personnes dont l'état de santé nécessite l'aide constante d'une tierce personne, l'allocation de compensation prévue à l'article 171 (1) du code de la famille et de l'aide sociale et l'allocation compensatrice des augmentations de loyer prévue à l'article 161 (1) dudit code n'entrent pas en compte pour l'attribution de l'allocation supplémentaire mentionnée à l'article L815-2 ou à l'article L815-3 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article L. 757-2 du présent code.

L'allocation supplémentaire est accordée par le préfet au vu de la décision de la commission d'admission à l'aide sociale.

Pour l'application des dispositions du chapitre III du titre III du code de la famille et de l'aide sociale, le préfet se substitue à la commission d'admission à l'aide sociale.

### **Section 2 : Allocation aux adultes handicapés.**

### **Article R757-3**

Pour l'application des dispositions du titre II du livre VIII dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les attributions dévolues dans ce titre aux caisses de mutualité agricole sont exercées par les caisses d'allocations familiales.

## **Section 3 : Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants**

### **Article R757-4**

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les articles R. 841-1 et R. 843-1 sont applicables.

### **Article R757-5**

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les articles R. 842-1, R. 842-2 et R. 842-6 sont applicables.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **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 R761-1**

Les travailleurs qui sont détachés temporairement à l'étranger par leur employeur pour y exercer une activité salariée ou assimilée rémunérée par cet employeur et qui ne sont pas soumis à la législation française de sécurité sociale en vertu de conventions ou de règlements internationaux peuvent être admis au bénéfice de l'article L. 761-2 pour une durée maximale de trois ans, renouvelable une fois.

Les travailleurs détachés qui sont soumis à la législation française de sécurité sociale en vertu de conventions ou de règlements internationaux pendant une durée inférieure à la durée maximale prévue ci-dessus peuvent être admis au bénéfice de l'article L. 761-2 pour la période restant à couvrir jusqu'au terme de cette durée maximale.

Ces dispositions s'appliquent à l'occasion de tout nouveau détachement du même travailleur.

Toutefois, le travailleur auquel il a été fait application de l'article L. 761-2, pendant la durée maximale fixée ci-dessus, et qui est détaché à nouveau par le même employeur auprès de la même entreprise ne peut être à nouveau soumis à la législation française de sécurité sociale en application de cette disposition législative qu'à la condition qu'il se soit écoulé au moins deux ans depuis la fin du précédent détachement. Cette condition n'est pas applicable dans le cas du détachement d'une durée inférieure à trois mois.

###### **Article R761-2**

La demande formée au titre de l'article L. 761-1 ou de l'article L. 761-2 est adressée à la caisse d'affiliation du salarié.

Pour les salariés mentionnés à l'article L. 761-2, cette demande doit être accompagnée de l'engagement de l'employeur de s'acquitter de l'intégralité des cotisations dues.

En cas d'urgence, l'employeur avise la caisse du détachement. Le maintien du travailleur au bénéfice de la législation française de sécurité sociale est alors prononcé à titre provisoire, sous réserve de régularisation de la demande. Cette régularisation doit intervenir dans les trois mois.

Pour les détachements d'une durée inférieure à trois mois, la décision de la caisse est prise au vu d'un simple avis qui lui est adressé par l'employeur, accompagné, le cas échéant, de l'engagement de s'acquitter de l'intégralité des cotisations dues.

Lorsque sont remplies les conditions requises pour que le travailleur bénéficie des dispositions de l'article L. 761-1 ou de l'article L. 761-2, la caisse délivre à l'intéressé soit le document prévu par la convention ou le règlement international applicable, soit une attestation dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R761-3**

En cas d'accident du travail survenant au cours du détachement à l'étranger et sauf exception prévue par les conventions et règlements internationaux, il est fait application des dispositions du chapitre 4 du titre IV du livre IV.

### **Article R761-4**

Pour les soins donnés à l'étranger, les prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité sont servies dans les conditions fixées à la section 4 du chapitre 2 du présent titre.

### **Article R761-5**

Dans tous les autres cas, les prestations d'assurances sociales sont servies aux travailleurs détachés dans les mêmes conditions que s'ils résidaient en France.

### **Article R761-6**

Sous réserve des dispositions des conventions et règlements internationaux, seuls les enfants qui résident en France ouvrent au travailleur détaché droit aux prestations familiales prévues par le livre V du présent code.

En cas de dispersion des enfants, les allocations familiales sont calculées par la caisse d'allocations familiales comme si tous les enfants résidaient en France et versées au prorata du nombre des enfants qui résident effectivement en France ou sont réputés y résider.

## **Section 3 : Travailleurs assujettis à un régime spécial de sécurité sociale**

### **Sous-section 1 : Fonctionnaires de l'Etat et magistrats de l'ordre judiciaire.**

#### **Article R761-7**

Les dispositions prises en application du chapitre 2 du titre Ier du présent livre sont applicables, sous réserve des dispositions ci-après, aux fonctionnaires de l'Etat et aux magistrats de l'ordre judiciaire en service ou en mission à l'étranger lorsqu'ils sont rémunérés sur le budget général de l'Etat ou sur le budget d'un établissement public de l'Etat ne présentant pas un caractère industriel ou commercial.

Ces dispositions sont également applicables aux fonctionnaires de l'Etat et aux magistrats de l'ordre judiciaire détachés ou en mission à l'étranger pour l'accomplissement d'une tâche de coopération culturelle, scientifique et technique.

#### **Article R761-8**

Les personnels mentionnés à l'article R. 761-7 bénéficient des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité pendant toute la durée de l'exercice de leurs fonctions à l'étranger, dans les conditions et selon les tarifs de remboursement prévus en faveur des ressortissants du régime général détachés à l'étranger.

Leurs ayants droit peuvent également prétendre aux prestations en nature des assurances maladie et maternité alors même qu'ils résident ou séjournent sur le territoire du ou des Etats où les personnels mentionnés à l'article R. 761-7 exercent leurs fonctions. Dans ce cas, les prestations leur sont servies dans les mêmes conditions et selon les mêmes tarifs de remboursement que pour ces personnels.

#### **Article R761-9**

Les fonctionnaires et magistrats mentionnés à l'article R. 761-7 demeurent affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie dont ils relèvent avant leur départ en service ou en mission à l'étranger.



## **Article R761-10**

Le service des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité est confié aux sections constituées par les mutuelles des fonctionnaires ou magistrats auprès des administrations dont relèvent les personnels mentionnés à l'article R. 761-7 et qui ont déjà compétence à cet effet à l'égard des fonctionnaires ou magistrats desdites administrations exerçant leurs fonctions sur le territoire métropolitain.

## **Article R761-11**

Le taux et l'assiette de la cotisation des assurances sociales afférente à la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies en application de la présente sous-section sont identiques à ceux qui sont applicables pour les fonctionnaires ou magistrats en activité sur le territoire métropolitain.

## **Sous-section 2 : Militaires affiliés au régime militaire de sécurité sociale.**

### **Article R761-12**

Les dispositions prises en application du chapitre 3 du titre Ier du présent livre sont applicables, sous réserve des dispositions ci-après, aux militaires affiliés au régime militaire de sécurité sociale en service ou en mission à l'étranger lorsqu'ils sont rémunérés sur le budget général de l'Etat ou sur le budget d'un établissement public de l'Etat ne présentant pas un caractère industriel ou commercial.

### **Article R761-13**

Les militaires mentionnés à l'article R. 761-12 bénéficient des prestations en nature des assurances maladie, maternité pendant toute la durée de l'exercice de leurs fonctions à l'étranger, dans les conditions et selon les tarifs de remboursement prévus en faveur des ressortissants du régime général détachés à l'étranger.

Leurs ayants droit peuvent également prétendre aux prestations en nature des assurances maladie et maternité alors même qu'ils résident ou séjournent sur le territoire du ou des Etats où les militaires mentionnés à l'article R. 761-12 exercent leurs fonctions. Les prestations leur sont servies dans les mêmes conditions et selon les mêmes tarifs de remboursement que pour les militaires.

## **Article R761-14**

La situation des militaires mentionnés à l'article R. 761-12 affectés à l'étranger est signalée par les soins de l'administration ou de l'établissement dont ils relèvent à la caisse nationale militaire de sécurité sociale chargée du service des prestations en nature.

## **Article R761-15**

Le taux et l'assiette de la cotisation des assurances sociales afférente à la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies en application de la présente sous-section sont identiques à ceux qui sont applicables pour les militaires servant sur le territoire métropolitain.

## **Section 5 : Prestations.**

### **Article R761-16**

La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues à l'article R. 761-18 est fixée ainsi qu'il suit :

1° 30 % pour les frais d'honoraires des praticiens et 40 % pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux ;

2° 35 % pour tous les autres frais prévus au 1° de l'article L. 321-1, à l'exception des frais d'hospitalisation.

Pour les frais d'hospitalisation, la participation de l'assuré est fixée dans les conditions prévues à l'article L. 322-2.

### **Article R761-17**

La participation de l'assuré est limitée ou supprimée, dans les conditions fixées par les textes réglementaires pris pour l'application de l'article L. 322-3 :

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, 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 la liste prévue au 3° de l'article L. 322-3 ;

4° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou un adolescent handicapé, pour les frais mentionnés au 2° de l'article L. 321-1.

La participation de l'assuré peut être supprimée, sur avis conforme du contrôle médical, lorsque l'assuré est reconnu atteint d'une affection non inscrite sur la liste mentionnée au 3° ci-dessus mais comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Sont enfin exonérées de toute participation, dans les cas et conditions prévus par ces dispositions, les personnes mentionnées à l'article L. 371-6 et à l'article R. 322-4.

## **Article R761-18**

Pour les soins dispensés à l'étranger, les tarifs servant de base au calcul des prestations dues aux travailleurs détachés au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité instituées par la présente section sont déterminés dans les conditions suivantes :

1° Pour les actes des praticiens et auxiliaires médicaux et pour les examens de biologie médicale, les remboursements sont effectués sur la base des frais réels, dans la limite des tarifs déterminés par les conventions nationales prévues au chapitre II du titre VI du livre Ier ; en l'absence de telles conventions, les remboursements s'effectuent dans la limite de tarifs fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'agriculture, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

2° Pour les médicaments, les frais sont calculés sur la base des prix facturés aux assurés sans pouvoir excéder le coût du traitement si celui-ci avait eu lieu en France ;

3° Pour les produits de santé autres que les médicaments et pour les frais d'appareillage, les remboursements sont effectués sur la base des frais réels dans la limite des tarifs de responsabilité prévus aux articles L. 165-1 et L. 314-1 ;

4° Pour les frais d'hospitalisation et de soins dans les établissements de cure, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle, le remboursement s'effectue sur la base des frais réels dans la limite des tarifs fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'agriculture, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

5° Pour les frais de transports sanitaires exposés par les assurés dans le pays où les soins sont donnés, le remboursement s'effectue sur la base des frais réels dans la limite de forfaits déterminés par arrêté conjoint des mêmes ministres, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des

travailleurs salariés.

## **Article R761-19**

La part garantie ne peut excéder le montant des frais exposés par l'assuré ou par ses ayants droit.

Le montant total des prestations en nature versées à l'occasion d'un traitement médical ne peut excéder le montant du remboursement qui aurait été alloué si l'intéressé avait reçu les soins en France.

Les prestations sont versées directement à l'assuré.

## **Article R761-20**

Le dossier de remboursement adressé à la caisse compétente par l'assuré détaché doit comprendre toutes les justifications des dépenses exposées, et notamment :

1° Le montant des honoraires perçus par le praticien ;

2° Les factures de pharmacie, d'examens de biologie médicale, de fournitures autres que les médicaments, d'appareillage ou de transport sanitaire ;

3° Le montant des frais d'hospitalisation ou des frais de séjour dans un établissement de soins, de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle.

La demande de remboursement devra être constituée à l'aide de feuilles de maladie spéciales dont le modèle est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

La caisse peut, toutes les fois que cela est nécessaire à l'exercice de son droit de contrôle, inviter l'intéressé à faire viser les justifications par les autorités consulaires françaises.

Toutes les dépenses exposées à l'étranger doivent être justifiées par des factures ou notes acquittées, ou portant la mention d'un paiement par chèque, traduites en français ou dans l'une des langues étrangères prévues par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

## **Chapitre 2 : Travailleurs salariés expatriés**

### **Section 1 : Généralités.**

## **Article R762-1**

Les travailleurs expatriés qui adhèrent à l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité ou à l'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles instituées par l'article L. 762-1 sont affiliés à la caisse des Français de l'étranger.

## **Article R762-2**

Les opérations relatives d'une part, à l'assurance volontaire " maladie-maternité-invalidité " des travailleurs salariés expatriés, d'autre part à l'assurance volontaire " accidents du travail " des mêmes personnes sont retracées dans des comptes distincts.

## **Section 2 : Assurances maladie, maternité, invalidité**

### **Sous-section 1 : Adhésion - Immatriculation.**

#### **Article R762-3**

Les travailleurs expatriés qui désirent bénéficier de l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité adressent à la caisse des Français de l'étranger une demande d'adhésion conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par le même arrêté.

L'immatriculation est opérée, le cas échéant, à la diligence de la caisse.

L'adhésion prend effet du premier jour du mois qui suit la réception par la caisse de la demande. Toutefois, l'adhésion ne peut prendre effet à une date antérieure à celle où débute l'activité salariée du travailleur à l'étranger.

Les bénéficiaires de l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité sont tenus d'informer la caisse des Français de l'étranger de toute modification dans leur situation, et notamment de toute interruption de leur activité salariée ou de tout changement de pays ou d'employeur.

#### **Article R762-6**

Sans préjudice de l'application de l'article R. 766-3, la personne qui a été radiée du régime

d'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité alors qu'elle continuait à remplir les conditions exigées pour bénéficier dudit régime, et qui, sans avoir changé de pays de résidence, présente une nouvelle demande d'adhésion doit s'acquitter des cotisations qu'elle aurait versées si elle n'avait pas été radiée.

## **Sous-section 2 : Cotisations.**

### **Article R762-7**

La cotisation est due à compter de la date d'effet de l'adhésion et fait l'objet de paiements trimestriels.

La cotisation trimestrielle est exigible le premier jour du trimestre civil auquel elle se rapporte et payable dans le mois qui suit, en euros, à la caisse des Français de l'étranger.

## **Sous-section 3 : Bénéficiaires et ouverture des droits**

### **Article R762-8**

Les autres assurés ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité pour les soins donnés :

1°) à compter de la date d'effet de leur adhésion, si la demande d'adhésion est présentée dans le délai de trois mois à compter du jour où ils sont en situation de bénéficier de l'assurance volontaire ;

2°) à compter du premier jour du quatrième mois suivant la date d'effet de l'adhésion, si la demande est présentée après l'expiration de ce délai de trois mois.

Les assurés ont droit aux prestations de l'assurance invalidité s'ils justifient de douze mois consécutifs d'adhésion à titre personnel, au premier jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

Dans tous les cas, le versement des prestations est subordonné à la justification du paiement des cotisations exigibles à la date à laquelle les soins ont été donnés ou l'invalidité constatée.

### **Article R762-9**

Lors de son retour en France, le salarié qui cotisait à l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité bénéficie, à compter du jour de son affiliation à un régime obligatoire d'assurances sociales ou à un régime d'assurance volontaire couvrant les risques de maladie et de maternité, des prestations en nature de ce régime.

Pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces des assurances sociales, les périodes d'affiliation à l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité sont assimilées à des périodes de travail salarié.

Le travailleur salarié expatrié qui, de retour en France, se trouve en état de chômage involontaire indemnisé ou non indemnisé a droit et ouvre droit aux prestations du régime des expatriés pendant trois mois à compter du premier jour de résidence en France, sous réserve que l'assuré ait tenu informée la caisse des Français de l'étranger de son retour définitif en France. Passé ce délai, il cesse de relever du régime des expatriés ; en application de l'article L. 311-5, il est assujéti au régime général de sécurité sociale s'il perçoit un des revenus de remplacement ou une des allocations mentionnés à cet article.

Le travailleur salarié expatrié qui a adhéré à l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité et qui, dans les trois mois suivant son retour en France, est atteint d'une affection sans avoir repris une activité entraînant son assujettissement à un régime obligatoire de sécurité sociale conserve le droit aux prestations de l'assurance volontaire tant que le contrôle médical estime qu'il se trouve dans l'incapacité physique de reprendre un emploi. Ces prestations sont servies et prises en charge par le régime des expatriés.

## **Sous-section 4 : Prestations d'assurance maladie et maternité.**

### **Article R762-11**

Les soins donnés en France à l'assuré et à ses ayants droit sont pris en charge par la caisse des Français de l'étranger dans les conditions fixées au livre III du présent code.

### **Article R762-12**

Pour les soins donnés à l'étranger, les prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité sont servies dans les conditions fixées à la section 4 du présent chapitre.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les cas et conditions dans lesquels le versement des prestations est subordonné à un accord préalable de la caisse des Français de l'étranger.

### **Article R762-13**

La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévues à l'article R. 762-37 est fixée ainsi qu'il suit :

1° 30 % pour les frais d'honoraires des praticiens et 40 % pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux ;

2° 35 % pour les autres frais prévus au 1° de l'article L. 321-1, à l'exception des frais d'hospitalisation ;

3° 20 % pour les frais d'hospitalisation.

### **Article R762-14**

La participation de l'assuré est limitée ou supprimée, dans les conditions fixées par les textes réglementaires pris pour l'application de l'article L. 322-3 :

1°) lorsqu'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, 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 la liste prévue au 3° de l'article L. 322-3 ;

4°) lorsque le bénéficiaire est un enfant ou un adolescent handicapé, pour les frais mentionnés au 2° de l'article L. 321-1.

La participation peut être supprimée, sur avis conforme du contrôle médical, lorsque l'assuré est reconnu atteint d'une affection non inscrite sur la liste mentionnée au 3° ci-dessus mais comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Sont enfin exonérés de toute participation, dans les cas et conditions prévus par ces dispositions, les personnes mentionnées à l'article L. 371-6 et à l'article R. 322-4.

## **Sous-section 5 : Pensions d'invalidité et pensions de vieillesse substituées.**

### **Article R762-15**



Sous réserve de l'application de l'article L. 762-7, des articles R. 762-16 à R. 762-18, les pensions d'invalidité sont régies par les dispositions du titre IV du livre III.

### **Article R762-16**

La demande de pension doit être adressée à la caisse des Français de l'étranger accompagnée d'un dossier médical dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Pour l'exercice de son droit de contrôle la caisse peut inviter l'intéressé à fournir toutes les justifications qu'elle estimera nécessaires, éventuellement visées par les autorités consulaires françaises.

### **Article R762-17**

Pour l'application de l'article L. 341-12, et lorsque la reprise du travail a lieu à l'étranger, la pension d'invalidité ne peut se cumuler avec les gains ou salaires du pensionné que dans la limite du salaire qui a servi de base au calcul de la pension.

### **Article R762-18**

La pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité liquidée au titre de l'assurance volontaire conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 762-7, ne peut être liquidée qu'au profit du titulaire qui, au cours des quatre trimestres civils précédant la date de l'interruption de travail consécutive à l'accident ou à la maladie invalidante ou celle de la constatation de l'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme, a également cotisé à l'assurance volontaire vieillesse à moins qu'il n'ait acquis pendant au moins cinq ans des droits à l'assurance vieillesse, obligatoire ou volontaire.

La pension de vieillesse de veuve ou de veuf substituée à une pension d'invalidité liquidée au titre de l'assurance volontaire conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article L. 762-7, ne peut être liquidée au profit du conjoint survivant que si l'assuré avait également cotisé à l'assurance volontaire vieillesse au cours des quatre trimestres civils précédant soit la date de l'interruption de travail consécutive à l'accident ou à la maladie invalidante ou celle de la constatation médicale de l'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme, soit la date de son décès s'il n'était pas titulaire d'une telle pension, à moins qu'il n'ait acquis, pendant au moins cinq ans, des droits à l'assurance vieillesse obligatoire ou volontaire.

## **Sous-section 6 : Contestation d'ordre médical**

## **Article R762-19**

Les dispositions du chapitre 1er du titre IV du livre Ier sont applicables en cas de contestation d'ordre médical. Toutefois la caisse des Français de l'étranger peut faire appel pour la désignation du médecin expert soit aux institutions de sécurité sociale du pays où réside le travailleur expatrié, soit aux autorités consulaires françaises.

## **Sous-section 7 : Radiation.**

### **Article R762-20**

Lorsque les cotisations n'ont pas été versées à l'échéance prescrite, la caisse des Français de l'étranger invite le redevable à régulariser sa situation dans le mois suivant.

L'intéressé encourt la radiation de l'assurance volontaire lorsque les cotisations n'ont pas été acquittées à deux échéances successives.

Toutefois la radiation ne devient effective que si le redevable ne défère pas à une mise en demeure l'invitant à s'acquitter de ses cotisations dans les trois mois à compter de sa réception.

Lorsque l'assuré justifie par une attestation des services consulaires avoir versé le montant de sa cotisation en monnaie locale à l'organisme local agréé pour les transferts, la procédure de radiation est suspendue.

Les dispositions des articles R. 243-18 à R. 243-21 et R. 244-2 sont applicables aux employeurs mentionnés à l'article L. 762-3.

### **Article R762-21**

La caisse des Français de l'étranger procède, après en avoir informé les intéressés, à la radiation des assurés qui cessent de remplir les conditions exigées pour bénéficier de l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité.

### **Article R762-22**

L'assuré a la faculté de demander à tout moment sa radiation. Celle-ci prend effet à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande. Elle entraîne le cas échéant le remboursement des cotisations qui auraient été acquittées par avance pour ce trimestre ou les trimestres ultérieurs.

## **Section 3 : Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.**

### **Article R762-23**

Les travailleurs expatriés qui désirent bénéficier de l'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles adressent à la caisse des Français de l'étranger une demande d'adhésion conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par le même arrêté.

L'immatriculation est faite, le cas échéant, à la diligence de la caisse.

L'adhésion prend effet au jour de la notification de la décision de la caisse et au plus tard deux mois après la date de réception de la demande.

Toutefois, lorsque le travailleur a formulé sa demande avant son départ de France, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, l'adhésion prend effet à la date où débute son activité salariée à l'étranger.

Les bénéficiaires de l'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles sont tenus d'informer la caisse de toute modification dans leur situation et notamment de toute interruption de leur activité salariée ou de tout changement de pays ou d'employeur.

### **Article R762-24**

Les assurés font connaître à la caisse des Français de l'étranger le salaire annuel qui doit servir de base au calcul des cotisations et des prestations. Le montant de ce salaire doit être exprimé en euros.

Il ne peut être inférieur, pour une année civile donnée, au montant en vigueur au 1er janvier du salaire minimum prévu au premier alinéa de l'article L. 434-16 ni excéder huit fois ce montant.

La cotisation est due à compter de la date d'effet de l'adhésion et fait l'objet de paiements trimestriels.

La cotisation trimestrielle est exigible au premier jour du trimestre civil auquel elle se rapporte et payable dans le mois qui suit, en euros, à la caisse des Français de l'étranger.

La cotisation peut être réglée d'avance pour l'année civile entière.

## **Article R762-25**

Le droit aux prestations s'ouvre à la date d'effet de l'adhésion.

Le versement des prestations est subordonné à la justification du paiement des cotisations exigibles à la date de l'accident ou de la constatation de la maladie professionnelle.

## **Article R762-26**

Les soins et les frais d'appareillage, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle donnés ou exposés en France sont pris en charge par la caisse des Français de l'étranger dans les conditions prévues par le livre IV du présent code.

Pour les soins donnés et les frais exposés à l'étranger il est fait application de la section 4 du présent chapitre.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les cas et conditions dans lesquels le versement des prestations est subordonné à un accord préalable de la caisse des Français de l'étranger.

## **Article R762-27**

En vue du paiement des indemnités journalières l'assuré doit fournir une attestation certifiant que son salaire ne lui est pas maintenu intégralement ou partiellement par son employeur pendant la période d'incapacité temporaire.

Si, durant cette période, l'employeur maintient tout ou partie du salaire, il est subrogé de plein droit à la victime dans les droits de celle-ci aux indemnités journalières à due concurrence des sommes qu'il a versées.

## **Article R762-28**

Pour le calcul des indemnités journalières, le salaire journalier prévu à l'article L. 433-2 est égal au 1/300 du salaire annuel défini à l'article R. 762-24.

## **Article R762-29**

En matière d'indemnités journalières, l'intervalle entre deux paiements successifs peut être supérieur

à celui qui est prévu à l'article R. 433-14.

### **Article R762-30**

Les assurés assument les obligations mises à la charge de l'employeur par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

La déclaration d'accident doit être établie par la victime ou son représentant. Elle doit, sauf motif grave, être adressée à la caisse des Français de l'étranger dans les quarante-huit heures qui suivent l'accident.

### **Article R762-31**

Dans le cas où la législation du pays où elle exerce son activité professionnelle prévoit une enquête d'accidents du travail analogue à celle prévue par l'article L. 442-1, la victime est tenue de faire parvenir à la caisse des Français de l'étranger un exemplaire du procès-verbal de cette enquête.

La caisse peut en outre, dans tous les cas et dès réception de la déclaration d'accident, demander que les autorités consulaires françaises procèdent, dans les conditions qui sont précisées par un arrêté conjoint du ministre chargé des relations extérieures et du ministre chargé de la sécurité sociale, à une enquête permettant de déterminer les droits de l'assuré et de ses ayants droit.

Pour l'exercice de son droit de contrôle, la caisse peut faire procéder à l'examen médical de la victime, en faisant appel soit aux organismes de sécurité sociale locaux, soit aux autorités consulaires françaises.

Elle peut également inviter la victime à faire viser par les autorités consulaires les réponses aux demandes de renseignements et les certificats médicaux relatifs à l'accident.

### **Article R762-32**

Les dispositions de l'article R. 762-19 sont applicables aux contestations d'ordre médical rendant nécessaire le recours à une expertise.

### **Article R762-33**

Si la caisse des Français de l'étranger entend contester le caractère professionnel de l'accident, elle doit en informer par écrit la victime et les autorités consulaires françaises dans le délai de deux mois à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de l'accident par quelque moyen que ce soit.

Lorsqu'il est fait état pour la première fois d'une lésion ou d'une maladie présentée par l'assuré comme se rattachant à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, la caisse peut en contester le caractère professionnel. Dans ce cas elle doit, sans préjudice de l'application de l'article R. 762-32, en ce qui concerne la contestation d'ordre médical, en informer par écrit la victime et les autorités consulaires dans le délai de deux mois suivant la date à laquelle il a été fait état pour la première fois de cette lésion ou de cette maladie comme se rattachant à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

Les assurés qui ont également adhéré à l'assurance volontaire maladie, maternité et invalidité reçoivent à titre provisionnel les prestations de cette assurance tant que la caisse ne leur a pas notifié sa décision et, le cas échéant, tant qu'il n'a pas été statué par la juridiction compétente.

Si le caractère professionnel n'est pas admis, la caisse notifie sa décision motivée à l'assuré en lui indiquant les voies de recours et les délais de recevabilité de sa contestation.

Si la caisse n'a pas usé de la faculté prévue aux premier et deuxième alinéas du présent article, le caractère professionnel de l'accident, de la lésion ou de la maladie est considéré comme établi à son égard.

### **Article R762-34**

Pour l'application de l'article L. 443-2, s'il est fait état d'une aggravation de la lésion alors que le salarié a cessé d'exercer son activité à l'étranger et a repris une activité salariée en France, l'organisme ou service dont l'intéressé relève pour les accidents du travail prend en charge les conséquences de la rechute pour le compte de la caisse des Français de l'étranger.

L'indemnité journalière est alors calculée sur la base du salaire journalier antérieur à la première interruption de travail, compte tenu le cas échéant, de la révision opérée conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article L. 433-2.

### **Article R762-35**

Par dérogation aux dispositions des articles R. 434-30 et R. 461-7, dans le cas où, à la date de la constatation de la maladie professionnelle, le salarié occupe un emploi ne l'exposant plus au risque de la maladie constatée, la rente est calculée sur la base du salaire, éventuellement revalorisé dans les conditions indiquées à l'article R. 762-34, qui servait de base au calcul des cotisations à la date où l'intéressé a quitté son dernier emploi l'exposant au risque de la maladie constatée.

### **Article R762-36**

Les dispositions des articles R. 762-6 et R. 762-20 à R. 762-22 sont applicables à la radiation de l'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de la référence

à l'article R. 766-3 qui figure à l'article R. 762-6.

## **Section 4 : Dispositions communes aux travailleurs salariés à l'étranger.**

### **Article R762-37**

Pour les soins donnés à l'étranger, les tarifs servant de base au calcul des prestations dues aux travailleurs expatriés bénéficiaires de l'une des assurances volontaires instituées par le présent chapitre sont déterminés dans les conditions suivantes :

1°) pour les actes des praticiens et auxiliaires médicaux et pour les examens de biologie médicale, les remboursements sont effectués sur la base des frais réels, dans la limite des tarifs déterminés par les conventions nationales prévues au chapitre II du titre VI du livre Ier. En l'absence de telles conventions, les remboursements s'effectuent dans la limite de tarifs fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'agriculture, après avis de la caisse des Français de l'étranger ;

2°) pour les médicaments, les frais sont calculés sur la base des prix facturés aux assurés sans pouvoir excéder le coût du traitement si celui-ci avait eu lieu en France ;

3°) pour les fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments et pour les frais d'appareillage, les remboursements sont effectués sur la base des frais réels dans la limite des tarifs de responsabilité prévus aux articles L. 165-1 et L. 314-1 du présent code ;

4°) pour les frais d'hospitalisation et de soins dans les établissements de cure, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle, le remboursement s'effectue sur la base des frais réels dans la limite des tarifs fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'agriculture, après avis de la caisse des Français de l'étranger ;

5°) pour les frais de transports sanitaires exposés par les assurés dans le pays où les soins sont donnés, le remboursement s'effectue sur la base des frais réels dans la limite de forfaits déterminés par arrêté conjoint des mêmes ministres après avis de la caisse des Français de l'étranger.

### **Article R762-38**

La part garantie ne peut excéder le montant des frais exposés par l'assuré ou par ses ayants droit.

Le montant total des prestations en nature versées à l'occasion d'un traitement médical ne peut excéder le montant du remboursement qui aurait été alloué si l'intéressé avait reçu les soins en

France.

Les prestations sont versées directement à l'assuré.

## **Article R762-39**

Le dossier de remboursement adressé à la caisse compétente par l'assuré expatrié doit comprendre toutes justifications des dépenses exposées, et notamment :

1°) le montant des honoraires perçus par le praticien, ainsi que la ou les prescriptions correspondantes ;

2°) les factures de pharmacie, d'examens de biologie médicale, de fournitures autres que les médicaments, d'appareillage ou de transport sanitaire ;

3°) le montant des frais d'hospitalisation ou des frais de séjour dans un établissement de soins, de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle.

La demande de remboursement devra être constituée à l'aide de feuilles de maladie spéciales dont le modèle est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

La caisse peut, toutes les fois que cela est nécessaire à l'exercice de son droit de contrôle, inviter l'intéressé à faire viser les justifications par les autorités consulaires françaises.

Toutes les dépenses exposées à l'étranger doivent être justifiées par des factures ou notes acquittées, ou portant la mention d'un paiement par chèque, traduites en français ou dans l'une des langues étrangères prévues par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

## **Chapitre 3 : Travailleurs non-salariés expatriés.**

### **Article R763-1**

Sont applicables aux travailleurs non-salariés expatriés qui adhèrent à l'assurance volontaire maladie-maternité instituée par le présent chapitre les dispositions des articles R. 762-1, R. 762-3, R. 766-3, R. 762-6, R. 762-7, des alinéas 1, 3 et 4 de l'article R. 762-9, des articles R. 762-11 à R. 762-14, R. 762-19, des alinéas 1 à 4 de l'article R. 762-20, des articles R. 762-21 et R. 762-22.

### **Article R763-3**



Les opérations financières relatives à l'assurance volontaire maladie-maternité des travailleurs non-salariés expatriés, sont retracées dans un compte ouvert pour l'exécution, en recettes et en dépenses, des opérations afférentes au service des prestations en nature dans le cadre de l'assurance maladie-maternité-invalidité mentionnée au 1° du premier alinéa de l'article L. 762-3.

## **Chapitre 4 : Pensionnés des régimes français de retraite résidant à l'étranger.**

### **Article R764-1**

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent aux personnes mentionnées à l'article L. 764-1, dans la mesure où elles justifient d'une durée d'assurance minimum de vingt trimestres au régime français d'assurance vieillesse obligatoire ou volontaire qui leur sert l'avantage de retraite dont elles sont titulaires.

Les périodes d'assurance réunies dans différents régimes sont additionnées, à l'exclusion de celles qui se superposent.

### **Article R764-2**

Sont applicables aux pensionnés des régimes français de retraite résidant à l'étranger qui adhèrent à l'assurance volontaire maladie-maternité instituée par le présent chapitre, les dispositions des articles R. 762-1, R. 762-11 à R. 762-14 et R. 762-19.

### **Article R764-3**

Les pensionnés qui désirent bénéficier de l'assurance maladie-maternité adressent à la caisse des Français de l'étranger une demande d'adhésion conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, dans laquelle ils indiquent notamment le ou les avantages de retraite dont ils bénéficient ainsi que les débiteurs de ces avantages. La demande d'adhésion est accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par le même arrêté.

L'immatriculation est opérée, le cas échéant, à la diligence de la caisse.

L'adhésion prend effet au premier jour du mois qui suit la réception par la caisse de la demande. Toutefois, l'adhésion ne peut prendre effet à une date antérieure au transfert de résidence du pensionné à l'étranger.

Les bénéficiaires de l'assurance volontaire maladie-maternité sont tenus d'informer la caisse des

Français de l'étranger de toute modification dans leur situation, et notamment de tout nouvel avantage de vieillesse dont ils pourraient bénéficier ultérieurement, de toute reprise d'une activité professionnelle ou de tout changement de pays.

### **Article R764-3-1**

I. - Dès réception de la demande d'adhésion, la Caisse des Français de l'étranger, sur présentation des justificatifs de l'avantage ou des avantages de retraite du demandeur et de leur montant, détermine en fonction, d'une part, de l'application à ce montant du taux de cotisation prévu par le quatrième alinéa de l'article L. 764-4 et, d'autre part, du montant minimum de cotisation fixé en application du premier alinéa de l'article L. 764-5, si le recouvrement de la cotisation doit être effectué suivant les règles fixées à l'article L. 764-4 ou à l'article L. 764-5. Si l'article L. 764-4 est applicable, la Caisse des Français de l'étranger en informe les débiteurs de l'avantage ou des avantages de retraite dont le demandeur est titulaire.

II. - La Caisse des Français de l'étranger vérifie périodiquement, en fonction des informations transmises par l'assuré et en particulier celles concernant les revalorisations ou les nouveaux avantages de retraite dont il peut disposer, si le recouvrement de la cotisation doit être effectué suivant les règles fixées à l'article L. 764-4 ou à l'article L. 764-5. En cas de modification du mode de recouvrement de la cotisation par rapport à celui appliqué à l'échéance précédente, elle en informe les organismes débiteurs de l'avantage ou des avantages de retraite ainsi que l'intéressé.

La caisse peut à tout moment demander aux assurés volontaires la justification des avantages de retraite français dont ils disposent.

### **Article R764-6**

La personne qui a été radiée du régime d'assurance volontaire maladie-maternité en application des articles R. 764-15 ou R. 764-19, alors qu'elle continuait à remplir les conditions exigées pour bénéficier dudit régime et qui, sans avoir changé de pays de résidence, présente une nouvelle demande d'adhésion, est redevable des cotisations qui auraient été précomptées sur son ou ses avantages de retraite en application de l'article L. 764-4 ou versées directement par le titulaire de ce ou ces avantages en application de l'article L. 764-5, comme si elle n'avait pas été radiée, dans la limite des cinq années précédant la demande.

### **Article R764-7**

Les assurés volontaires ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité pour les soins reçus à l'étranger :

1°) à compter de la date d'effet de leur adhésion, si la demande d'adhésion est présentée dans le délai de trois mois à compter du jour où ils sont en situation de bénéficier de l'assurance volontaire ;

2°) à compter du premier jour du quatrième mois suivant la date d'effet de l'adhésion, si la demande est présentée après l'expiration de ce délai de trois mois.

### **Article R764-8**

La cotisation dont sont redevables les bénéficiaires de l'assurance volontaire maladie-maternité est due à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Dans le cas où elle est établie en application de l'article L. 764-4, cette cotisation est précomptée, à chaque échéance, sur le montant brut de chacun des avantages de retraite dont l'intéressé est titulaire par l'organisme débiteur ou payeur dudit avantage. Cet organisme est tenu de faire parvenir au pensionné, au moins une fois par an, un document mentionnant pour la période considérée les montants respectifs de l'assiette du précompte, de la cotisation précomptée et de la pension nette.

Dans le cas où la cotisation est établie en application de l'article L. 764-5, elle est appelée et recouvrée, à échéance trimestrielle, par la Caisse des Français de l'étranger. Cet organisme est tenu de faire parvenir au pensionné, avant chaque échéance, un document mentionnant l'appel de cotisation et sa situation au regard de ses obligations de cotisant.

### **Article R764-9**

Les cotisations précomptées sur les avantages de retraite servis par les organismes du régime général de sécurité sociale aux pensionnés résidant à l'étranger sont virées annuellement par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale du compte de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à celui de la caisse des Français de l'étranger. L'organisme débiteur notifie à la caisse des Français de l'étranger, à chaque échéance, l'assiette et le montant de la cotisation précomptée pour chacun des assurés.

### **Article R764-10**

Lorsque l'avantage de retraite est servi par l'employeur, les cotisations sont versées à la caisse des Français de l'étranger dans les conditions prévues par l'article R. 243-28.

### **Article R764-11**

Lorsque l'avantage de retraite est servi par d'autres débiteurs que les organismes du régime général de sécurité sociale ou que l'employeur, les cotisations sont versées à la caisse des Français de l'étranger dans les conditions prévues par l'article R. 243-29.

Chaque versement est obligatoirement accompagné d'un document établi et signé par le débiteur de l'avantage de retraite indiquant le montant des cotisations versées pour chaque assuré et celui des avantages de retraite sur lesquels elles sont assises. Les sommes à déclarer par le débiteur de l'avantage de retraite peuvent être arrondies au franc le plus voisin. Les autres mentions qui doivent figurer dans le document sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Si, pour quelque motif que ce soit, autre que la radiation de l'assuré, les cotisations n'ont pas été versées, le débiteur de l'avantage de retraite reste tenu d'adresser à la caisse des Français de l'étranger, au plus tard à la date limite d'exigibilité des cotisations, le document prévu au deuxième alinéa.

Il est fait application des pénalités et majorations de retard prévues aux articles R. 243-31 à R. 243-33.

### **Article R764-12**

L'article R. 246-1 est applicable quel que soit le débiteur ou le payeur de l'avantage de retraite.

### **Article R764-13**

Les dispositions des articles R. 133-1 à R. 133-3, R. 244-4, R. 244-5 et R. 244-7 s'appliquent au recouvrement des cotisations prévues par le premier alinéa de l'article L. 764-4.

### **Article R764-14**

La caisse des Français de l'étranger procède, après en avoir informé les intéressés ainsi que, le cas échéant, les organismes débiteurs des avantages de retraite, à la radiation des assurés qui cessent de remplir les conditions exigées pour bénéficier de l'assurance volontaire maladie-maternité.

### **Article R764-15**

L'assuré a la faculté de demander à tout moment sa radiation. Celle-ci prend effet à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande. La caisse des Français de l'étranger en informe sans délai, le cas échéant, le débiteur ou le payeur du ou des avantages de retraite.

### **Article R764-16**

Lors de leur retour définitif en France, les pensionnés expatriés qui cotisaient à l'assurance volontaire maladie-maternité et qui ne sont pas couverts par un régime obligatoire conservent leur droit aux prestations de l'assurance volontaire pendant une durée de trois mois à compter du premier jour de résidence en France, sous réserve que les assurés aient tenu informée la caisse des Français de l'étranger de leur retour définitif en France.

### **Article R764-17**

Les opérations financières relatives à l'assurance volontaire maladie-maternité des pensionnés des régimes français de retraite résidant à l'étranger sont retracées dans un compte ouvert pour l'exécution en recettes et en dépenses, des opérations afférentes au service des prestations en nature dans le cadre de l'assurance maladie-maternité-invalidité mentionnée au 1<sup>o</sup> du premier alinéa de l'article L. 762-3.

### **Article R764-18**

La cotisation forfaitaire prévue à l'article L. 764-5 est due à compter de l'adhésion de l'intéressé à la Caisse des Français de l'étranger, ou à compter de la modification du mode de recouvrement de la cotisation mentionné au II de l'article R. 764-3-1.

Elle est exigible le premier jour du trimestre civil auquel elle se rapporte et payable à la caisse, en euros, dans le mois qui suit.

### **Article R764-19**

Lorsque la cotisation forfaitaire exigible en vertu de l'article L. 764-5 n'a pas été versée à l'échéance prescrite, la Caisse des Français de l'étranger invite le redevable à régulariser sa situation.

Lorsque l'intéressé n'a pas versé les cotisations de deux échéances successives, la caisse lui adresse une mise en demeure l'invitant à s'acquitter des cotisations dues dans le délai de trois mois et l'informant qu'il encourt la radiation de l'assurance volontaire en cas de non-paiement. Si cette mise en demeure est sans effet, la radiation est prononcée par la caisse.

Lorsque l'assuré justifie par une attestation des services consulaires avoir versé le montant de sa cotisation en monnaie locale à l'organisme local agréé pour les transferts, la procédure de radiation n'est pas engagée ou est suspendue.

## **Chapitre 5 : Catégories diverses d'assurés volontaires.**

## **Article R765-1**

Le délai imparti au premier alinéa de l'article L. 765-4 pour formuler la demande d'adhésion à l'assurance volontaire maladie-maternité est fixé à un an.

La durée maximale au titre de laquelle, en vertu du deuxième alinéa du même article, la ou les cotisations doivent être acquittées lorsque la demande a été présentée hors délai, est fixée à cinq ans.

## **Article R765-2**

Les dispositions du code de la sécurité sociale mentionnées à l'article R. 764-13 s'appliquent au recouvrement des cotisations mentionnées aux articles L. 765-6 à L. 765-8.

## **Article R765-3**

Les opérations financières relatives à l'assurance volontaire maladie-maternité des catégories diverses d'assurés sont retracées dans un compte ouvert pour l'exécution, en recettes et en dépenses, des opérations afférentes au service des prestations en nature dans le cadre de l'assurance maladie-maternité-invalidité mentionnée au 1° du premier alinéa de l'article L. 762-3.

# **Chapitre 6 : Dispositions communes aux expatriés visés aux chapitres II à V**

## **Section 1 : Dispositions communes relatives à l'adhésion, aux prestations et aux cotisations à l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévue aux chapitres II à V**

### **Article R766-1**

L'article R. 162-9 n'est pas applicable aux soins dispensés à l'étranger.

### **Article R766-3**

Le délai imparti au premier alinéa de l'article L. 766-1 pour formuler la demande d'adhésion à l'une des assurances volontaires est fixé à deux ans.

Les cotisations que doit acquitter l'intéressé lorsque sa demande est formulée après l'expiration du délai mentionné au premier alinéa sont limitées à celles correspondant aux deux années qui précèdent la demande. La caisse peut, sur demande de l'intéressé, autoriser un paiement échelonné de ces cotisations dans le délai maximum d'une année.

Le point de départ du délai mentionné au premier alinéa est fixé à la date à laquelle l'intéressé se trouvait dans l'une des situations suivantes :

1° Pour les travailleurs salariés visés au chapitre II, soit à la date à laquelle débute l'activité salariée du travailleur dans un pays étranger, soit la date à laquelle le travailleur qui exerce son activité dans un pays étranger cesse d'être soumis à la législation de sécurité sociale française ou d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen dont il relevait ;

2° Pour les travailleurs non salariés visés au chapitre III, à la date à laquelle débute l'activité non salariée du travailleur dans un pays étranger ;

3° Pour les pensionnés des régimes français de retraite résidant à l'étranger visés au chapitre IV, soit à la date à laquelle le titulaire d'un avantage de retraite transfère sa résidence dans un pays étranger, soit à la date de liquidation d'une pension de retraite servie par un régime français d'assurance vieillesse, lorsque la personne qui réside à l'étranger en devient titulaire ;

Pour les diverses catégories d'assurés volontaires visés au chapitre V, la date à laquelle les intéressés se trouvent dans la situation leur permettant de bénéficier de l'assurance volontaire.

L'âge mentionné au cinquième alinéa de l'article L. 766-1 est fixé à trente-cinq ans au plus.

## **Article R766-4**

I. - La qualité d'ayant droit visée à l'article L. 766-1-1 est établie sur présentation de pièces dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

II. - La limite d'âge prévue au 2° de ce même article est fixée à seize ans. La limite d'âge prévue au 3° de ce même article est fixée à dix-huit ans pour les enfants placés en apprentissage et à vingt ans pour les enfants qui poursuivent leurs études et ceux qui sont, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité professionnelle.

Pour les enfants ayant dû interrompre leurs études pour cause de maladie, la limite d'âge peut être reculée jusqu'au 30 septembre de l'année de leur vingt et unième anniversaire sur présentation de pièces fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le bénéfice du recul de limite d'âge ne peut être accordé qu'après avis du contrôle médical de la caisse.

III. - Sont réputés conserver la qualité d'ayant droit :

- jusqu'au terme de l'année scolaire, l'enfant poursuivant des études qui atteint vingt ans au cours de cette année, s'il ne peut prétendre à la qualité d'étudiant ou bénéficiaire de la qualité d'assuré social à un autre titre ;

- durant les trois mois civils suivant la date du décès de l'assuré, les ayants droit énumérés à l'article L. 766-1-1.

IV. - Le nombre d'enfants mentionné au 4° de l'article 766-1-1 est de deux, et leur âge limite de quatorze ans.

## **Article R766-5**

L'assuré qui relevait en France d'un régime obligatoire couvrant les risques de maladie et de maternité et qui remplissait les conditions requises pour bénéficier des prestations à la date où il a cessé d'être assujéti à ce régime a droit et ouvre droit dès cette date aux prestations correspondantes de l'une des assurances volontaires maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévues aux chapitres II, III et V du présent titre si sa demande d'adhésion est présentée dans le délai de trois mois à compter de la même date. Jusqu'à l'expiration de ce délai de trois mois, les prestations lui sont servies par la Caisse des Français de l'étranger pour le compte du régime auquel il était précédemment affilié. Les organismes intéressés peuvent d'un commun accord fixer les bases d'une compensation forfaitaire.

Si leur demande est présentée après l'expiration de ce délai de trois mois, les assurés ont droit aux prestations en nature des assurances volontaires mentionnées au premier alinéa pour les soins donnés à compter du premier jour du quatrième mois suivant la date d'effet de l'adhésion et, s'ils sont âgés d'au moins quarante-cinq ans, à compter du premier jour du septième mois suivant cette date.

## **Section 3 : Caisse des Français de l'étranger**

### **Paragraphe 1 : Composition du conseil d'administration de la caisse.**

#### **Article R766-6**

Les autorités compétentes pour la désignation des personnes qualifiées prévue à l'article L. 766-5 sont respectivement le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé des relations extérieures et le ministre chargé du budget.



## **Paragraphe 2 : Election des représentants des assurés au conseil d'administration de la caisse.**

### **Article R766-7**

Les membres du conseil supérieur des Français de l'étranger élisent, sous le contrôle d'un bureau de vote, les représentants des assurés au conseil d'administration de la caisse des Français de l'étranger à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Cet arrêté est affiché au secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger et au siège de la caisse des Français de l'étranger quatre semaines au moins avant la date du scrutin.

### **Article R766-8**

Le conseil supérieur des Français de l'étranger se réunit, pour procéder à l'élection, au ministère chargé des relations extérieures.

Le scrutin est ouvert de neuf heures à quinze heures, sans interruption. Toutefois, le président du bureau de vote peut déclarer, avant le terme fixé ci-dessus, le scrutin clos postérieurement au dernier des votes exprimés, si tous les membres du collège électoral ont pris part au vote.

### **Article R766-9**

Le vote a lieu sous enveloppe. Les enveloppes électorales sont fournies par le ministère chargé des relations extérieures. Elles sont opaques et non gommées.

Le jour du vote, elles sont mises à la disposition des électeurs dans la salle de vote. Avant l'ouverture du scrutin, le bureau doit constater que le nombre des enveloppes correspond exactement au nombre des électeurs inscrits.

### **Article R766-10**

La salle de vote comporte au moins un isolement.

Il est installé au lieu du vote une urne n'ayant qu'une ouverture destinée à laisser passer l'enveloppe contenant le bulletin de vote. Elle doit avoir été fermée par deux serrures dissemblables, dont les clés restent l'une entre les mains du président du bureau de vote et l'autre entre les mains d'un assesseur tiré au sort parmi les assesseurs.

## **Article R766-11**

A son entrée dans la salle du scrutin, chaque électeur justifie de son identité et présente sa carte de membre du conseil supérieur des Français de l'étranger en cours de validité, qui tient lieu de carte électorale. Il prend lui-même une enveloppe et, sans quitter la salle du scrutin, il se rend isolément dans la partie de la salle aménagée pour se soustraire au regard pendant qu'il met son bulletin dans l'enveloppe.

Il fait ensuite constater au président du bureau de vote qu'il n'est porteur que d'une seule enveloppe ; le président le constate sans toucher l'enveloppe que l'électeur introduit lui-même dans l'urne.

## **Article R766-12**

Le bureau de vote est composé d'un président, d'au moins deux assesseurs et d'un secrétaire choisi par eux parmi les électeurs inscrits sur la liste électorale.

Dans les délibérations du bureau, le secrétaire n'a qu'une voix consultative. Deux membres du bureau au moins doivent être présents pendant tout le cours des opérations électorales.

## **Article R766-13**

Le bureau de vote est présidé par un conseiller à la cour d'appel de Paris désigné par le premier président de cette juridiction. Le président du bureau de vote est remplacé, en cas d'absence, par l'assesseur le plus âgé.

Le secrétaire est remplacé, en cas d'absence, par l'assesseur le plus jeune.

## **Article R766-14**

Chaque liste en présence désigne un assesseur pris parmi les électeurs.

Si, pour une cause quelconque, le nombre des assesseurs désignés est inférieur à deux, les assesseurs manquants sont pris jusqu'à concurrence de ce nombre parmi les électeurs présents selon l'ordre de priorité suivant : l'électeur le plus âgé s'il manque un assesseur, le plus âgé et le plus jeune s'il en manque deux.

En cas de besoin, le président peut désigner comme assesseur tout électeur.

## **Article R766-15**

Les nom, prénoms, date et lieu de naissance, adresse des assesseurs sont notifiés par les mandataires des listes, par pli déposé au secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger, contre récépissé, quarante-huit heures avant le jour de l'élection.

### **Article R766-16**

Chaque liste de candidats peut être représentée par un délégué habilité à contrôler les opérations de vote ; si ce délégué est empêché, il est remplacé par un suppléant.

### **Article R766-17**

Le président du bureau de vote a seul la police de l'assemblée.

Le bureau se prononce sur les difficultés qui s'élèvent touchant les opérations électorales.

Les décisions motivées du bureau et les réclamations sont inscrites au procès-verbal. Les pièces qui s'y rapportent y sont annexées après avoir été paraphées par les membres du bureau.

Le président du bureau de vote constate publiquement et mentionne au procès-verbal l'heure d'ouverture et l'heure de clôture du scrutin.

Aucun vote ne peut être reçu après la déclaration de clôture. Toutefois, un électeur ayant pénétré dans la salle de vote avant l'heure de clôture du scrutin peut déposer son bulletin dans l'urne après cette heure.

### **Article R766-18**

Au moment du vote, les électeurs justifient de leur identité et présentent au président du bureau leur carte de membre du conseil supérieur des Français de l'étranger en cours de validité.

Les assesseurs sont associés sur leur demande à ce contrôle d'identité.

### **Article R766-19**

Le vote de chaque électeur est constaté par la signature ou le paraphe de l'un des membres du bureau, apposé à l'encre sur la liste d'émargement en face du nom du votant.

## **Article R766-20**

Les électeurs peuvent également voter par procuration, dans les conditions prévues pour l'élection des sénateurs représentant les Français établis hors de France.

Le mandataire participe au scrutin dans les conditions définies à l'article R. 766-8.

## **Article R766-21**

Lorsque le scrutin est clos, il est procédé immédiatement au dépouillement des votes.

Le dépouillement est opéré par les scrutateurs sous la surveillance des membres du bureau.

Le bureau peut participer au dépouillement. A défaut de scrutateurs en nombre suffisant, le dépouillement est assuré par les membres du bureau.

## **Article R766-22**

Les scrutateurs sont désignés soit par les mandataires des listes, soit par les délégués des listes parmi les électeurs inscrits sur la liste électorale.

Les délégués peuvent être également scrutateurs.

## **Article R766-23**

Après l'ouverture de l'urne par le président, les enveloppes sont comptées. Si leur nombre excède ou n'atteint pas celui des émargements, il en est fait mention au procès-verbal.

A la table de dépouillement, l'un des scrutateurs extrait le bulletin de l'enveloppe et le passe déplié à un autre scrutateur. Celui-ci lit à haute voix le titre de la liste qui est inscrit sur une feuille de dépouillement prévue à cet effet.

## **Article R766-24**

Les délégués des listes ont le droit de contrôler toutes les opérations de dépouillement des bulletins et de décompte des voix, ainsi que de faire inscrire au procès-verbal leurs observations.

## **Article R766-25**

N'entrent pas en compte dans le résultat du dépouillement :

1°) les bulletins blancs ;

2°) les bulletins désignant une liste qui n'a pas été régulièrement publiée ou dont l'irrégularité a été constatée par le juge ;

3°) les bulletins dans lesquels les votants se sont fait connaître ;

4°) les bulletins trouvés dans l'urne sans enveloppe ou dans des enveloppes non réglementaires ;

5°) les bulletins multiples trouvés dans la même enveloppe et concernant des listes différentes ;

6°) les bulletins ou enveloppes portant des signes intérieurs ou extérieurs de reconnaissance ;

7°) les bulletins ou enveloppes portant des mentions injurieuses pour les candidats ou pour des tiers ;

8°) les bulletins comportant adjonction ou suppression de noms ou modification de l'ordre de présentation des candidats.

Les bulletins qui n'ont pas été pris en compte ainsi que les enveloppes non réglementaires sont annexés au procès-verbal, contresignés par les membres du bureau et portent mention des causes de l'annexion.

## **Article R766-26**

Une fois les opérations de lecture et de pointage terminées, les scrutateurs remettent au bureau les feuilles de pointage signées par eux et les bulletins dont la validité est contestée par des électeurs ou des délégués des listes.

## **Article R766-27**

Après la fin du dépouillement, le procès-verbal des opérations électorales est rédigé par le secrétaire dans la salle de vote, en présence des électeurs.

Il est établi en double exemplaire et signé de tous les membres du bureau et des délégués des listes.

Les réclamations, les décisions du bureau et la feuille de dépouillement sont jointes au procès-verbal.

### **Article R766-28**

Le président proclame en public les résultats du scrutin, dès l'établissement du procès-verbal.

### **Article R766-29**

Une commission des votes composée de quatre électeurs désignés par le président du bureau de vote et présidée par un magistrat de l'ordre judiciaire en activité ou honoraire désigné par le premier président de la cour d'appel de Paris attribue les sièges au scrutin de liste dans l'ordre de présentation de chaque liste en faisant application de la représentation proportionnelle avec répartition complémentaire suivant la règle du plus fort reste.

### **Article R766-30**

Le quotient électoral [\*définition\*] est déterminé, pour chaque catégorie d'assurés, en divisant le nombre de suffrages valablement exprimés par le nombre de mandats d'administrateur titulaire à pourvoir.

Pour chaque catégorie d'assurés, il est attribué à chaque liste autant de mandats d'administrateur titulaire que le nombre de suffrages obtenu par la liste contient de fois le quotient électoral correspondant à cette catégorie d'assurés.

Les mandats des administrateurs titulaires non répartis par application des dispositions précédentes sont attribués successivement aux listes qui comportent les plus grands restes.

Lorsqu'une liste a obtenu un nombre de voix inférieur au quotient électoral, ce nombre de voix tient lieu de reste.

Au cas où il n'y a plus à attribuer qu'un seul mandat, si deux listes ont le même reste, le mandat revient à la liste qui a obtenu le plus grand nombre de suffrages.

Si les deux listes en cause ont recueilli le même nombre de suffrages, le mandat est attribué au plus âgé des deux candidats susceptibles d'être proclamés élus.

### **Article R766-31**

Le procès-verbal consignant l'attribution des sièges est signé par les membres de la commission.

### **Article R766-32**

Les résultats sont affichés au secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger et au siège de la caisse des Français de l'étranger.

### **Article R766-33**

Dans les huit jours de l'affichage des résultats, tout électeur et tout éligible peuvent contester la régularité des listes de candidats, l'éligibilité d'un candidat, l'éligibilité ou l'élection d'un élu et la régularité des opérations électorales devant le tribunal d'instance du 1er arrondissement de Paris.

### **Article R766-34**

En cas de contestation, les administrateurs proclamés élus demeurent en fonctions jusqu'à ce qu'il ait été définitivement statué sur les recours.

### **Article R766-35**

Le recours est formé par déclaration orale ou écrite faite, remise ou adressée au secrétariat-greffe du tribunal d'instance. Outre les mentions prescrites par l'article 58 du code de procédure civile, la déclaration indique la qualité en laquelle le requérant agit. Si le recours met en cause l'éligibilité d'un candidat, l'éligibilité ou l'élection d'un élu, la déclaration mentionne les noms, prénoms et adresses de ces derniers.

S'il porte sur la régularité d'une liste ou d'une candidature, elle fait état, selon le cas, des noms, prénoms et adresses des mandataires de la liste contestée ou des candidats contestés.

S'il porte sur la régularité du scrutin, elle fait état des noms, prénoms et adresses des mandataires de l'ensemble des listes.

Il est délivré un récépissé du recours.

Le recours est porté à la connaissance du procureur de la République par le greffier en chef.

### **Article R766-36**

Au plus tard deux mois après la réception du recours, le tribunal d'instance statue sans formalités, sans frais et sur simple avertissement donné un mois à l'avance à toutes les parties mentionnées à l'article R. 766-32.

### **Article R766-37**

La décision prise par le tribunal d'instance est notifiée dans les trois jours par le secrétariat-greffe aux parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Le secrétariat-greffe en donne avis au procureur de la République dans le même délai.

La décision est rendue en dernier ressort. Elle n'est pas susceptible d'opposition.

### **Article R766-38**

Le pourvoi en cassation est formé dans les dix jours suivant la notification de la décision du tribunal d'instance.

Les dispositions des articles 999 à 1008 du code de procédure civile sont applicables.

### **Article R766-39**

Les délais fixés aux articles R. 766-30 et R. 766-35 sont calculés et prorogés conformément aux dispositions des articles 640, 641 et 642 du code de procédure civile.

## **Paragraphe 3 : Election des représentants du conseil supérieur des Français de l'étranger.**

### **Article R766-40**

La liste électorale établie en vue de l'élection des administrateurs de la caisse des Français de



l'étranger prévue au 1° du premier alinéa de l'article L. 766-5 est utilisée pour l'élection des administrateurs prévue au 2° du premier alinéa du même article.

### **Article R766-41**

Pour l'application du 2° du premier alinéa de l'article L. 766-5, chaque liste de candidats doit comporter trois noms.

### **Article R766-42**

Les listes de candidats, comprenant l'intitulé de la liste ainsi que les noms et prénoms des candidats, sont déposées au secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger, contre récépissé, au plus tard à 18 heures deux jours avant la date du scrutin.

Le dépôt de chaque liste est fait par un mandataire de la liste ayant la qualité d'électeur au conseil d'administration.

Chaque liste fait l'objet d'une déclaration collective qui précise le titre de la liste et l'ordre de présentation des candidats.

Au dépôt de la liste sont jointes les déclarations individuelles de chacun des candidats de la liste. Chaque déclaration individuelle est signée par le candidat et comporte la procuration donnée au mandataire. Elle énumère les nom, prénoms, date et lieu de naissance, domicile et profession des intéressés.

### **Article R766-43**

Aucun remplacement ou retrait de candidature ne peut être opéré après le dépôt de la liste.

Toutefois, un candidat décédé peut être remplacé jusqu'à l'expiration du délai de dépôt des candidatures.

### **Article R766-44**

Les listes de candidats sont affichées dans l'heure qui suit la clôture du dépôt des listes au secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger.

## **Article R766-45**

Les bulletins de vote sont imprimés par le secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger.

Les bulletins ne doivent pas comporter d'autres indications que le nom de la caisse des Français de l'étranger suivi de la mention " Election des représentants du C.S.F.E. ", le titre de la liste ainsi que le nom et le prénom de chaque candidat.

Ces mentions doivent figurer sur un seul côté du bulletin.

## **Article R766-46**

Il est interdit de distribuer ou de faire distribuer le jour du scrutin des bulletins, circulaires et autres documents.

## **Article R766-47**

Les dispositions des articles R. 766-5 à R. 766-26 et R. 766-28 à R. 766-36 sont applicables à l'élection des administrateurs prévue au 2° du premier alinéa de l'article L. 766-5.

## **Article R766-48**

La date de l'élection est fixée par arrêté du ministre chargé des relations extérieures. Cet arrêté est affiché au secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger au plus tard quatre jours avant la date du scrutin.

## **Article R766-49**

Pour l'élection des administrateurs prévue au 2° du premier alinéa de l'article L. 766-5, le quotient électoral est déterminé en divisant le nombre de suffrages valablement exprimés par le nombre de sièges à pourvoir.

Il est attribué à chaque liste autant de mandats d'administrateur que le nombre de suffrages obtenu par la liste contient de fois le quotient électoral.

Les mandats d'administrateur non répartis par application des dispositions précédentes sont attribués successivement aux listes qui comportent les plus forts restes.

Lorsqu'une liste a obtenu un nombre de voix inférieur au quotient électoral, ce nombre de voix tient lieu de reste.

Au cas où il n'y a plus à attribuer qu'un seul mandat, si deux listes ont le même reste, le mandat revient à la liste qui a obtenu le plus grand nombre de suffrages.

Si les deux listes en cause ont recueilli le même nombre de suffrages, le mandat est attribué au plus âgé des deux candidats susceptibles d'être proclamés élus.

## **Paragraphe 4 : Organisation administrative de la caisse**

### **Article R766-50**

Le conseil d'administration de la caisse des Français de l'étranger se réunit au moins une fois par an. Il peut en outre être convoqué par le président soit à l'initiative de celui-ci, soit sur l'invitation du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé du budget.

Lorsqu'ils n'ont pas de suppléant, les administrateurs titulaires peuvent donner délégation de vote à un autre membre du conseil d'administration. Dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents ayant voix délibérative.

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président et deux vice-présidents chargés de remplacer le président en cas d'empêchement. Cette élection a lieu au scrutin secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés, exclusion faite des bulletins blancs ou nuls.

Si, après deux tours de scrutin, nul n'a obtenu la majorité absolue, il est procédé à un troisième tour de scrutin et l'élection a lieu à la majorité relative.

En cas d'égalité de suffrages, le plus âgé est déclaré élu.

Le président et les vice-présidents sont élus pour la durée du mandat des administrateurs.

### **Article R766-51**

Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de la caisse des Français de l'étranger soit sur proposition de son président, de ses membres ou du directeur, soit sur l'initiative

du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le conseil d'administration établit le règlement intérieur de la caisse.

Le conseil d'administration délibère sur le budget et les comptes annuels de la caisse des Français de l'étranger.

Il délibère également sur le rapport annuel du directeur relatif au fonctionnement administratif et financier de la caisse des Français de l'étranger.

Le conseil d'administration émet un avis sur tous les projets de loi et de règlement intéressant les matières de sa compétence.

Le conseil d'administration nomme le directeur, l'agent comptable et le directeur adjoint, sous réserve de l'agrément ; il nomme, sur proposition du directeur, aux autres emplois de direction soumis à l'agrément ; il désigne les agents chargés de l'intérim des emplois de direction sous réserve de leur agrément.

Il contrôle l'application par le directeur et l'agent comptable des dispositions législatives et réglementaires ainsi que l'exécution de ses propres délibérations.

Le pouvoir de contrôle dont dispose le conseil d'administration sur le fonctionnement général de l'organisme ne l'autorise pas à se substituer ou à donner des injonctions au directeur dans l'exercice des pouvoirs propres de décision qui lui sont reconnus par les dispositions réglementaires applicables, ni à annuler ou à réformer les décisions prises à ce titre.

## **Article R766-52**

Le conseil d'administration peut désigner en son sein des commissions et leur déléguer certaines de ses attributions.

## **Article R766-53**

Le président représente de plein droit la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut déléguer ses pouvoirs aux vice-présidents ou au directeur par mandat spécial ou général.

## **Article R766-54**

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur, ses fonctions

sont exercées par le directeur adjoint. En cas d'absence ou d'empêchement du directeur ou du directeur adjoint ou à défaut de directeur adjoint, les fonctions de directeur sont exercées par un agent de l'organisme désigné dans les conditions prévues à l'article R. 766-48.

### **Article R766-55**

Les marchés sont passés dans les formes et les conditions prescrites pour les marchés des organismes du régime général.

## **Paragraphe 5 : Organisation financière et comptable.**

### **Article R766-56**

La caisse des Français de l'étranger assure d'une manière autonome :

- 1°) la gestion de l'assurance maladie-maternité-invalidité ;
- 2°) la gestion de l'assurance accidents du travail - maladies professionnelles ;
- 3°) la gestion de l'action sanitaire et sociale ;
- 4°) la gestion administrative.

### **Article R766-57**

Le régime des expatriés doit être équilibré en recettes et en dépenses.

### **Article R766-58**

La caisse nationale d'assurance vieillesse du régime général verse à la caisse des Français de l'étranger, par l'intermédiaire du fonds national de la gestion administrative, les sommes correspondant au montant des frais de gestion afférents au recouvrement des cotisations d'assurance volontaire vieillesse. Ces sommes sont inscrites en recettes dans la gestion administrative de la caisse.

## **Article R766-59**

Les disponibilités excédant les besoins de trésorerie de la caisse des Français de l'étranger font l'objet de placements en valeurs d'Etat, en valeurs garanties par l'Etat ou en valeurs mobilisables dans des conditions fixées par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

La caisse des Français de l'étranger effectue ces placements par l'intermédiaire de la Caisse des dépôts et consignations qui est en outre chargée de la gestion des valeurs.

Le produit de ces placements est affecté au financement des assurances gérées par la caisse. Sont également affectés au financement de ces assurances les intérêts créditeurs sur dépôts.

## **Article R766-60**

Le compte retraçant les opérations financières afférentes aux assurances volontaires maladie-maternité des Français résidant à l'étranger est ouvert dans les écritures de la caisse des Français de l'étranger.

Ce compte comporte quatre sections où sont respectivement inscrites les recettes et les dépenses :

- 1°) de l'assurance volontaire des travailleurs salariés expatriés ;
- 2°) de l'assurance volontaire des travailleurs non-salariés expatriés ;
- 3°) de l'assurance volontaire des pensionnés d'un régime français résidant à l'étranger ;
- 4°) de l'assurance volontaire des catégories diverses d'assurés volontaires, réparties dans les subdivisions suivantes :
  - a. titulaires d'un avantage de cessation anticipée d'activité ;
  - b. étudiants ;
  - c. chômeurs ;
  - d. titulaires d'une rente d'accident du travail ;
  - e. titulaires d'une pension d'invalidité ;

f. conjoints survivants ou divorcés ou séparés d'un assuré ;

g. conjoints ou conjoints survivants ou divorcés ou séparés d'étrangers ou de Français non assurés ;

h. les personnes mentionnées à l'article L. 765-3.

Des comptes distincts retracent les opérations financières afférentes à l'assurance invalidité et à l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles des travailleurs salariés expatriés.

### **Article R766-61**

Les dispositions relatives aux opérations financières et comptables exécutées par les directeurs et agents comptables des organismes du régime général sont applicables à la caisse des Français de l'étranger sous réserve des dispositions particulières de la présente sous-section.

## **Paragraphe 6 : Dispositions diverses**

### **Article R766-62**

Les chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre I sont applicables aux litiges relatifs aux assurances volontaires instituées par le présent titre.

Pour les litiges relevant du contentieux technique sont compétentes les commissions régionales du contentieux technique dans le ressort desquelles la caisse des Français de l'étranger a son siège.

### **Article R766-63**

Le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget sont représentés au conseil d'administration par des commissaires du Gouvernement, qui assistent aux séances et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

Pour l'application de l'article L. 766-10, les procès-verbaux des délibérations du conseil d'administration sont communiqués dans les dix jours qui suivent la séance au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Le délai, prévu par l'article L. 766-10, dont disposent les autorités compétentes de l'Etat pour faire opposition aux délibérations du conseil d'administration, est fixé à vingt jours.

En cas d'urgence, le ministre chargé de la sécurité sociale peut, après entente avec le ministre chargé du budget, viser, pour exécution immédiate, une délibération qui lui a été communiquée en application de l'article L. 766-10.

## **Chapitre 7 : Travailleurs migrants**

### **Section 1 : Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale**

#### **Sous-section 1 : Dispositions générales**

##### **Article R767-1**

Le centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale est placé sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget.

##### **Article R767-2**

I. - Le centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale a pour missions :

1° De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi et au règlement des créances et des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de la Communauté européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale.

2° De constituer, en liaison avec les institutions françaises de sécurité sociale concernées, les répertoires relatifs aux bénéficiaires des régimes français séjournant temporairement ou résidant à l'étranger ou dans les collectivités territoriales ou territoires précités, nécessaires pour effectuer les opérations de gestion mentionnées au 1° ci-dessus.

3° De collecter les données statistiques et comptables sur la mise en oeuvre des règlements de la Communauté européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des autres accords de coordination, et d'établir un rapport annuel ;

4° De fournir aux autorités ministérielles compétentes les éléments permettant d'apurer les comptes entre les organismes français de sécurité sociale et leurs homologues étrangers ainsi qu'avec les



autres institutions concernées ;

5° D'instruire et de traiter, dans les conditions prévues par les règlements de la Communauté européenne, les accords internationaux de sécurité sociale et les autres accords de coordination, les demandes relatives au maintien exceptionnel ou à la prolongation du maintien aux régimes français de sécurité sociale des personnes travaillant hors de France ou dans les collectivités territoriales ou territoires précités, ou les demandes relatives à l'exemption d'affiliation à ces régimes des personnes exerçant leur activité sur le territoire français.

II. - Le centre est également chargé :

1° D'assister, si nécessaire, les institutions de sécurité sociale compétentes pour l'instruction des dossiers des personnes relevant des règlements de la Communauté européenne, des accords internationaux de sécurité sociale ou des autres accords de coordination ;

2° De répondre aux demandes d'information formulées notamment par les assurés ou les entreprises dans son domaine de compétence ;

3° D'apporter, si nécessaire, un appui technique au ministère chargé de la sécurité sociale dans le domaine des relations européennes et internationales et au ministère des affaires étrangères dans le cadre de l'action qu'il mène dans le domaine de la protection sociale en faveur des Français installés à l'étranger ;

4° De procéder, à la demande des organismes français, à la traduction des dossiers rédigés dans une langue étrangère qui leur sont adressés ;

5° De tenir à jour une documentation sur la législation relative à la protection sociale des Etats étrangers ;

6° D'établir et de communiquer aux usagers ou organismes qui en font la demande les textes et documents relatifs aux règlements de la Communauté européenne et aux accords de coordination en matière de sécurité sociale ;

7° D'accomplir, dans le domaine de la sécurité sociale, toutes autres tâches qui lui seraient confiées concernant les personnes visées par les règlements de la Communauté européenne, les accords internationaux et les autres accords de coordination ainsi que la coopération technique avec les Etats étrangers.

### **Article R767-3**

Les ministres de tutelle peuvent conclure avec le centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale une convention d'objectifs et de gestion comportant les engagements réciproques des signataires.

## **Sous-section 2 : Organisation administrative**

### **Article R767-4**

I. - Le centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale est administré par un conseil d'administration qui comprend sept membres :

1° Le président, membre du Conseil d'Etat, de la Cour des comptes, de l'inspection générale des finances ou de l'inspection générale des affaires sociales, nommé pour une durée de trois ans renouvelable, par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget ;

2° Un représentant de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

3° Un représentant de la Caisse nationale des allocations familiales ;

4° Un représentant de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

5° Un représentant de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

6° Un représentant de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines ;

7° Un représentant de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

II. - Participent également aux séances du conseil d'administration avec voix consultative :

1° Un représentant de la caisse de compensation de l'Organisation autonome nationale des professions industrielles et commerciales ;

2° Un représentant de la Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse des professions artisanales ;

3° Un représentant de la Caisse nationale d'assurance maladie-maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ;

4° Un représentant du ministre des affaires étrangères ;

5° Un représentant du personnel du centre, élu pour trois ans dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III. - Les membres du conseil d'administration mentionnés aux 2° à 7° du I et aux 1° à 3° du II ci-dessus, ainsi que, pour chacun d'eux, un suppléant, sont désignés pour une durée de trois ans renouvelable par délibération des conseils d'administration des organismes qu'ils représentent.

IV. - Les commissaires du Gouvernement, représentants du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget, assistent aux séances du conseil d'administration et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

### **Article R767-5**

Le conseil d'administration détermine les orientations générales de l'activité de l'établissement.

Il délibère notamment sur :

1° Le budget et ses modifications, ainsi que le compte financier ;

2° Les conditions de mise en oeuvre des missions prévues à l'article R. 767-2 ;

3° Les objectifs pluriannuels qui peuvent prendre la forme d'une convention d'objectifs et de gestion ;

4° Le rapport annuel d'activité présenté par le directeur ;

5° L'acceptation des dons et legs.

Il est informé de l'état des créances et des dettes auxquelles donne lieu l'application des règlements et accords mentionnés à l'article R. 767-2.

### **Article R767-6**

Le conseil d'administration se réunit sur convocation de son président au moins une fois par an. La réunion est de droit à la demande du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture ou du ministre chargé du budget. Ceux-ci peuvent demander l'inscription d'une question à l'ordre du jour.

Les délibérations du conseil sont prises à la majorité des membres présents ; en cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations du conseil d'administration y compris celles portant sur le budget de

l'établissement et ses décisions modificatives, le montant des avances à valoir sur les contributions à la charge des régimes français de sécurité sociale, le compte financier et le montant des participations définitives des régimes français de sécurité sociale, sont exécutoires vingt jours après leur communication au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé de l'agriculture et au ministre chargé du budget, à moins que ceux-ci n'y fassent opposition dans ce délai. En cas d'urgence, le ministre chargé de la sécurité sociale peut autoriser l'exécution immédiate d'une délibération après accord du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget.

Les délibérations du conseil d'administration portant sur les acquisitions, échanges et aliénations d'immeubles ne sont exécutoires qu'après approbation expresse par les ministres précités.

Le directeur du centre, le secrétaire général, le membre du corps du contrôle général économique et financier et l'agent comptable de l'établissement assistent aux séances du conseil d'administration avec voix consultative.

## **Article R767-7**

Le centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale est dirigé par un directeur assisté d'un secrétaire général qui le supplée en tant que de besoin.

Le directeur dirige l'établissement et exerce celles des compétences de celui-ci qui ne sont pas attribuées à une autre autorité par la présente section. A ce titre, notamment :

1° Il prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration auquel il rend compte de sa mission ;

2° Il prépare et exécute le budget ;

3° Il a autorité sur l'ensemble du personnel du centre. Il recrute le personnel contractuel et nomme à toutes les fonctions pour lesquelles aucune autre autorité n'a reçu pouvoir de nomination ;

4° Il est responsable du bon fonctionnement de l'établissement ;

5° Il est ordonnateur des dépenses et recettes ;

6° Il conclut au nom du centre les marchés publics et contrats ;

7° Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

8° Il signe les autorisations découlant de l'application du 5° du I de l'article R. 767-2.

## **Article R767-8**

Le personnel du centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale comporte :

1° Le directeur, nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget ;

2° Le secrétaire général nommé par le directeur ;

3° L'agent comptable, nommé par arrêté conjoint du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture ;

4° Des fonctionnaires détachés de leur administration d'origine et des fonctionnaires du ministère chargé de la sécurité sociale affectés à l'établissement ;

5° Des agents contractuels répartis en plusieurs catégories selon les fonctions qu'ils exercent ;

6° Des agents de droits privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

Un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget fixe les rémunérations applicables à chaque catégorie d'agents contractuels.

Un arrêté conjoint des mêmes ministres approuve le règlement intérieur établi par le directeur.

### **Sous-section 3 : Dispositions financières et comptables**

#### **Article R767-9**

Les opérations financières et comptables de l'établissement sont effectuées conformément aux dispositions des décrets n° 53-1227 du 10 décembre 1953 et n° 62-1587 du 29 décembre 1962. Les opérations réalisées en application du 1° du I de l'article R. 767-2 sont retracées par l'agent comptable, au vu de pièces justificatives récapitulatives. Le centre conserve les pièces justificatives de ces opérations et procède avec les échelons nationaux des organismes français de sécurité sociale à des ajustements financiers périodiques.

Le centre est soumis au contrôle financier de l'Etat dans les conditions prévues par le décret du 25 octobre 1935. Un arrêté conjoint des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture fixe les modalités particulières d'exercice de ce contrôle.

#### **Article R767-10**

Les recettes du centre comprennent, notamment :

1° Les contributions annuelles supportées par les régimes français visés au dernier alinéa de l'article L. 767-1 dont la clé de répartition, calculée au prorata des charges de gestion imputables aux opérations effectuées par le centre au titre des personnes relevant de chaque régime, est fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget.

2° Les participations de la Communauté européenne ainsi que toutes subventions liées aux missions du centre ;

3° Les frais de traduction versés par les organismes français de protection sociale ne participant pas au financement du budget du centre ;

4° Les dons, legs et libéralités.

### **Article R767-11**

Les dépenses du centre comprennent les frais de personnel, et les charges de fonctionnement et d'équipement.

### **Article R767-12**

Pour l'application des dispositions du 1° de l'article R. 767-2, le centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale est doté d'un fonds exclusivement destiné à des opérations de trésorerie courante et constitué par une contribution des divers régimes de sécurité sociale en fonction de l'intérêt que chacun d'eux a dans les opérations mentionnées au 1° dudit article. Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget fixe le montant de ce fonds et les modalités de sa répartition.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aides d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé**

#### **Titre 1 : Allocations aux personnes âgées**

##### **Chapitre préliminaire : Dispositions communes à toutes les allocations**

###### **Article R810-1**

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision de l'une des allocations prévues au présent titre, à l'exception de celles concernant des personnes relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, vaut décision de rejet.

##### **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 R815-1**

L'âge mentionné à l'article L. 815-1 est fixé à soixante-cinq ans.

Il est abaissé à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 pour les personnes mentionnées aux 2° à 5° de l'article L. 351-8.

## **Article R815-2**

Les dispositions des sections 1 à 3 du présent chapitre s'appliquent aux assurés du régime de retraite des fonctionnaires de l'Etat sous les réserves prévues aux articles R. 815-10, R. 815-11, R. 815-32, R. 815-35, R. 815-41, R. 815-44, R. 815-52 et R. 815-54, lorsqu'ils ne bénéficient d'aucun autre avantage de vieillesse ou lorsque, en application des articles R. 815-7 à R. 815-9 et R. 815-12 à R. 815-14, la liquidation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées incombe à ce régime.

### **Article R815-2-1**

En application de l'article L. 815-5 l'allocataire ne peut bénéficier de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1, avant la date d'entrée en jouissance qu'il a fixée, lors de sa demande de liquidation auprès des organismes redevables, pour l'ensemble des pensions personnelles et de réversion auxquelles il peut prétendre. Dans le cas où il ne remplit pas les conditions d'attribution d'une ou plusieurs de ses pensions à la date pour laquelle il demande le bénéfice de cette allocation, il en apporte la preuve par tous moyens. L'allocation est alors calculée sans tenir compte de ces pensions jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel ces conditions d'attribution sont remplies.

## **Sous-section 2 : Présentation des demandes et mission des organismes liquidateurs**

### **Article R815-3**

Pour l'application des dispositions de l'article L. 815-7, est considérée comme avantage de vieillesse de base toute prestation viagère résultant d'un droit personnel ou d'un droit dérivé, quelle que soit sa dénomination, servie par un régime obligatoire faisant appel à une contribution des travailleurs et instituée par une disposition législative ou réglementaire.

### **Article R815-4**

La majoration pour conjoint à charge servie par un régime d'assurance vieillesse de salariés est considérée comme un avantage de vieillesse servi au conjoint à charge pour l'application du présent chapitre.

Si le droit personnel est liquidé à titre provisoire dans le cadre du dispositif de retraite progressive, la fraction de pension de vieillesse liquidée, la majoration pour conjoint à charge rattachée à cette fraction et la pension de réversion n'ouvrent pas droit au bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.



## **Article R815-5**

Pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées instituée par l'article L. 815-1, l'intéressé doit souscrire une demande conforme au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Des exemplaires de la demande sont mis à la disposition des intéressés par les organismes ou services de retraite de base mentionnés à l'article L. 815-7 et, s'agissant des personnes mentionnées au deuxième alinéa de cet article, par les mairies.

## **Article R815-6**

Le demandeur titulaire d'un seul avantage de vieillesse adresse ou remet sa demande à l'organisme ou au service débiteur de cet avantage qui procède à la liquidation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

## **Article R815-7**

Le demandeur titulaire de plusieurs avantages de vieillesse adresse ou remet sa demande à l'organisme ou au service déterminé selon l'ordre de priorité suivant :

1° A la caisse de retraite de la mutualité sociale agricole lorsqu'il est titulaire d'une allocation ou retraite de vieillesse agricole des non-salariés et a la qualité d'exploitant agricole au jour de la demande ;

2° A la caisse de retraite du régime général des travailleurs salariés lorsque l'un des avantages dont il bénéficie est servi par cet organisme ;

3° A l'organisme ou au service débiteur de l'avantage de vieillesse dont le montant trimestriel est le plus élevé au jour de la demande parmi ceux dont il est titulaire.

L'organisme ou le service ainsi défini procède à la liquidation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

## **Article R815-8**

Par dérogation à l'article R. 815-6, lorsque le paiement des arrérages n'est pas opéré directement par l'organisme ou le service débiteur, la demande est adressée ou remise à l'organisme ou au service chargé du mandatement ou au comptable payeur de la pension qui transmet pour liquidation la

demande à l'organisme ou au service débiteur.

### **Article R815-9**

Lorsque le demandeur est titulaire d'un avantage de vieillesse dont l'organisme ou le service débiteur est situé en dehors du territoire métropolitain et des départements mentionnés à l'article L. 751-1, la demande est transmise par le comptable payeur ou adressée directement pour liquidation à l'organisme ou au service désigné par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R815-10**

Les assurés mentionnés à l'article R. 815-2 adressent ou remettent leur demande d'allocation de solidarité aux personnes âgées au comptable payeur de leur pension. Celui-ci, après avoir vérifié et éventuellement complété la demande, la transmet au trésorier-payeur général du chef-lieu du département de la résidence du pensionné. Le comptable supérieur constitue le dossier de demande d'attribution en y joignant les pièces et les renseignements qu'il est en mesure de détenir sur la situation de l'assuré.

Le dossier ainsi constitué est transmis au préfet qui fait procéder aux enquêtes indispensables pour connaître l'ensemble des ressources de l'assuré.

Le préfet décide de l'attribution et du montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées auquel l'assuré peut prétendre.

### **Article R815-11**

En ce qui concerne les assurés auxquels s'appliquent les dispositions du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales et du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat qui ne bénéficient d'aucun autre avantage de vieillesse ou pour lesquels la liquidation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées incombe à ces régimes en application des articles R. 815-7 à R. 815-9 et R. 815-12 à R. 815-14, les demandes d'allocation de solidarité aux personnes âgées pourront être instruites par les préfets dans les conditions fixées aux deux premiers alinéas de l'article R. 815-10.

### **Article R815-12**

La demande d'allocation de solidarité aux personnes âgées présentée par un demandeur non titulaire d'un avantage de vieillesse, mais ouvrant droit à une majoration pour conjoint à charge, peut être établie sur le formulaire de demande présenté par le titulaire de l'avantage de vieillesse.

## **Article R815-13**

En cas de demandes séparées du titulaire d'un avantage de vieillesse et de son conjoint à charge, non titulaire lui-même d'un avantage de vieillesse, la demande du conjoint à charge est adressée ou remise à l'organisme ou service qui est ou serait compétent pour liquider l'allocation de solidarité aux personnes âgées rattachée à l'avantage de vieillesse.

## **Article R815-14**

Le demandeur non encore titulaire d'un avantage de vieillesse adresse sa demande d'allocation de solidarité aux personnes âgées à l'organisme ou au service compétent pour liquider l'avantage de vieillesse auquel il est susceptible de prétendre.

Lorsque le demandeur déjà titulaire d'un avantage de vieillesse demande simultanément, d'une part, la liquidation d'un deuxième avantage de vieillesse auquel il est susceptible de prétendre et, d'autre part, l'allocation de solidarité aux personnes âgées, la demande d'allocation de solidarité aux personnes âgées est adressée ou remise à l'organisme ou au service compétent pour liquider le deuxième avantage de vieillesse qu'il sollicite.

Lorsqu'il demande simultanément la liquidation de deux avantages de vieillesse et l'allocation de solidarité aux personnes âgées, il ne peut formuler qu'une seule demande d'allocation de solidarité aux personnes âgées, qu'il adresse ou remet à l'un des organismes ou services chargés de liquider ces avantages. Cet organisme ou service transmet, le cas échéant, cette demande à l'organisme ou au service compétent dans les conditions fixées à l'article R. 815-7.

## **Article R815-15**

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 815-7 sont applicables :

1° Aux personnes n'appartenant pas et n'ayant pas appartenu à une catégorie professionnelle entrant dans le champ de l'affiliation obligatoire à un régime de retraite de base institué par une disposition législative ou réglementaire ;

2° Aux personnes qui ne bénéficient pas de leur propre chef ou du chef de leur conjoint d'un avantage de vieillesse auprès d'un tel régime, ni n'ouvrent droit à la majoration pour conjoint à charge ;

3° Aux veuves de guerre titulaires d'une pension servie au titre du premier alinéa de l'article L. 51 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, dès lors qu'elles ne relèvent ni d'une organisation autonome d'allocation vieillesse, ni d'un régime de vieillesse de sécurité

sociale.

Le demandeur appartenant aux catégories mentionnées ci-dessus dépose sa demande d'allocation de solidarité aux personnes âgées auprès de la mairie de son lieu de résidence. Il produit une déclaration sur l'honneur, conforme au modèle mis à sa disposition par la Caisse des dépôts et consignations dans les mairies.

### **Article R815-16**

L'exactitude des indications concernant l'état civil du demandeur et, le cas échéant, de son conjoint est attestée par le maire, qui adresse le dossier au service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

### **Article R815-17**

L'organisme ou le service qui a été chargé, conformément aux articles précédents, de la liquidation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées reste compétent pour l'application des articles L. 815-1 et suivants en ce qui concerne l'intéressé, quelles que soient les modifications survenues dans le montant ou le nombre des avantages de vieillesse dont il bénéficie.

Toutefois, en cas de suppression de l'avantage de vieillesse qui relève de l'organisme ou service liquidateur, le dossier de l'intéressé est, le cas échéant, transmis à un autre organisme ou service déterminé dans les conditions des articles R. 815-6 et suivants.

## **Sous-section 3 : Appréciation des ressources**

### **Article R815-18**

La personne qui sollicite le bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est tenue de faire connaître à l'organisme ou au service chargé de la liquidation le montant des ressources, prises en compte dans les conditions fixées aux articles R. 815-22 à R. 815-25, dont elle, et le cas échéant son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dispose.

### **Article R815-19**

L'organisme ou le service liquidateur procède, s'il y a lieu, à toute enquête ou recherche nécessaire et demande tout éclaircissement qu'il juge utile.

## **Article R815-20**

Les organismes ou services mentionnés à l'article L. 815-7 peuvent mettre en demeure, sous les sanctions prévues à l'article R. 815-49, toute personne, institution ou organisme de leur faire connaître dans un délai d'un mois le montant des pensions, retraites, rentes viagères ou allocations viagères autres que les avantages de vieillesse mentionnés à l'article L. 815-7, tels qu'ils sont définis à l'article R. 815-4, qu'il est tenu de servir à une personne bénéficiant ou ayant demandé le bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

## **Article R815-21**

Il n'est pas tenu compte de l'allocation de solidarité aux personnes âgées pour l'application des plafonds de ressources institués pour les différents régimes mentionnés à l'article L. 621-2 et pour le calcul des avantages garantis par les régimes complémentaires mentionnés à l'article L. 921-1.

## **Article R815-22**

Il est tenu compte, pour l'appréciation des ressources, de tous les avantages d'invalidité et de vieillesse dont bénéficie l'intéressé, des revenus professionnels et autres, y compris ceux des biens mobiliers et immobiliers et des biens dont il a fait donation au cours des dix années qui ont précédé la demande.

Toutefois, et indépendamment des ressources exclues par des dispositions particulières, il n'est pas tenu compte, le cas échéant, dans l'estimation des ressources, des éléments suivants :

1° La valeur des locaux d'habitation occupés à titre de résidence principale par l'intéressé et les membres de sa famille vivant à son foyer ;

2° La valeur des bâtiments de l'exploitation agricole ;

3° Les prestations familiales ;

4° L'indemnité de soins aux tuberculeux prévue par l'article L. 41 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

5° La majoration spéciale prévue par l'article L. 52-2 du même code ;

6° Les majorations accordées aux personnes dont l'état de santé nécessite l'aide constante d'une tierce personne, lorsqu'elles sont allouées à ce titre en application de l'article L. 18 du même code ou en application des législations des accidents du travail, des assurances sociales et de l'aide

sociale ;

7° L'allocation de compensation accordée aux aveugles et grands infirmes travailleurs et généralement les avantages en espèces dont les intéressés bénéficient au titre de l'aide sociale ;

8° La retraite du combattant ;

9° Les pensions attachées aux distinctions honorifiques ;

10° L'allocation de logement prévue à l'article L. 831-1 du présent code ;

11° Les allocations de reconnaissance mentionnées au I et au I bis de l'article 47 de la loi de finances rectificative pour 1999 n° 99-1173 du 30 décembre 1999 ;

12° La mesure de réparation prévue par le décret n° 2000-657 du 13 juillet 2000 instituant une mesure de réparation pour les orphelins dont les parents ont été victimes de persécutions antisémites.

## **Article R815-23**

Les avantages en nature dont jouit, à quelque titre que ce soit, le bénéficiaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ou la personne qui sollicite le bénéfice de cette allocation sont évalués forfaitairement à un montant égal à celui retenu pour l'évaluation de ces mêmes avantages pour le calcul des cotisations du régime général de sécurité sociale.

Toutefois, lorsque des avantages en nature sont dus en vertu d'une disposition législative ou réglementaire et peuvent être remplacés par une indemnité compensatrice, les avantages en nature dont jouit effectivement l'intéressé sont évalués forfaitairement au montant de l'indemnité compensatrice afférente à ces avantages.

Il n'est pas tenu compte des prestations en nature accordées au titre de l'aide sociale, de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité, ni des dépenses de soins couvertes par la famille en cas de maladie de l'intéressé, de son conjoint ou de ses enfants à charge.

## **Article R815-24**

Lorsqu'il s'agit de salaires ou de gains assimilés à des salaires par la législation de sécurité sociale, les revenus professionnels sont appréciés d'après les règles suivies pour le calcul des cotisations d'assurances sociales.

Lorsqu'il s'agit d'autres revenus professionnels, ceux-ci sont appréciés comme en matière fiscale en faisant abstraction des exonérations, abattements et décotes et sans qu'il soit tenu compte de toute

déduction ne correspondant pas à une charge réelle pour la période considérée.

## **Article R815-25**

Les biens actuels mobiliers et immobiliers et ceux dont le demandeur a fait donation à ses descendants au cours des cinq années précédant la demande, à l'exception des biens mentionnés aux 1° et 2° de l'article R. 815-22, sont réputés lui procurer un revenu évalué à 3 % de leur valeur vénale fixée à la date de la demande, contradictoirement et, à défaut, à dire d'expert. Ce pourcentage est fixé à 1,5 % lorsque la donation est intervenue depuis plus de cinq ans mais moins de dix ans avant la demande.

Le demandeur qui a fait donation de biens mobiliers ou immobiliers à d'autres personnes que ses descendants au cours des dix années précédant la demande est réputé percevoir du donataire une rente viagère, calculée sur la valeur de ces biens à la date de la demande, admise par l'enregistrement, suivant les tables de mortalité et le taux d'actualisation de référence figurant dans l'arrêté pris pour l'application du dernier alinéa de l'article R. 931-10-17.

## **Article R815-26**

En ce qui concerne les veuves de guerre titulaires d'une pension servie au titre du premier alinéa de l'article L. 51 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, le plafond de ressources pour l'attribution de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est égal au montant de la pension de veuve de soldat au taux spécial, augmenté du montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

## **Article R815-27**

Le calcul des ressources des époux, quel que soit leur régime matrimonial, des concubins ou des partenaires liés par un pacte civil de solidarité est effectué en totalisant leurs ressources, sans distinction entre les biens communs ou les biens propres des conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Toutefois, pour les conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité, séparés de fait avec résidence distincte et pour les personnes séparées de corps, les ressources sont appréciées comme pour les célibataires.

## **Article R815-28**

Dans le cas où les deux conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité, peuvent l'un et l'autre prétendre à l'allocation de solidarité aux personnes âgées, la réduction opérée, le cas échéant, en application de l'article L. 815-9 porte pour moitié sur l'allocation de chacun des deux conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

## **Article R815-29**

Les ressources à prendre en considération sont celles afférentes à la période de trois mois précédant la date d'entrée en jouissance de l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Le montant de ces ressources ne doit pas dépasser le quart des plafonds fixés par le décret prévu à l'article L. 815-9.

En ce qui concerne les avantages viagers, il est tenu compte du montant théorique des arrérages dus au cours de ces trois mois, abstraction faite des rappels effectivement payés au cours de ceux-ci.

Si le montant des ressources ainsi évaluées dépasse le quart des plafonds fixés par le décret prévu à l'article L. 815-9, l'allocation est néanmoins servie lorsque l'intéressé justifie qu'au cours de la période de douze mois précédant la date d'entrée en jouissance le montant de ses ressources a été inférieur à ces plafonds. Pour l'application du présent alinéa, le montant annuel des avantages viagers est déterminé d'après la valeur en vigueur à la date d'entrée en jouissance.

S'il y a lieu, l'allocation est réduite dans les conditions prévues à l'article L. 815-9 et à l'article R. 815-28.

## **Sous-section 4 : Service de l'allocation**

### **Article R815-30**

Au vu des déclarations souscrites par le demandeur et compte tenu des renseignements recueillis, l'organisme ou le service liquidateur détermine le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées auquel l'intéressé a droit, compte non tenu de l'aide que lui apportent ou sont susceptibles de lui apporter les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

### **Article R815-31**

Lorsque le demandeur âgé de moins de soixante-cinq ans est titulaire d'un avantage de vieillesse pour la liquidation duquel il n'a pas été nécessaire de faire connaître son inaptitude au travail, l'organisme ou le service liquidateur détermine si, compte tenu de l'article L. 351-7 et, le cas échéant, de l'article R. 351-21, l'intéressé est inapte au travail.

Dans ce cas, les pièces justificatives mentionnées à l'article R. 351-22 sont jointes à la demande. La caisse compétente procède, s'il y a lieu, à toute enquête ou recherche nécessaire et demande tout éclaircissement qu'elle juge utile.



Lorsque le demandeur relève du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 815-7 et de l'article R. 815-15, ce service communique le dossier à la caisse du régime général chargée de la gestion du risque vieillesse dans le ressort de laquelle réside le demandeur. La demande est alors instruite par la caisse conformément aux dispositions des articles L. 351-7 et R. 351-21. La caisse renvoie, avec un avis motivé, le dossier au service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

L'organisme ou service liquidateur notifie sa décision à l'intéressé. En cas de rejet, la notification est faite par lettre recommandée.

### **Article R815-32**

Pour les assurés mentionnés aux articles R. 815-2 et R. 815-11, l'inaptitude au travail est appréciée par les commissions de réforme, prévues respectivement à l'article L. 31 du code des pensions civiles et militaires de retraite, à l'article 31 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales et à l'article 23 du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.

La décision de la commission de réforme est notifiée aux intéressés par le préfet.

### **Article R815-33**

La date de l'entrée en jouissance de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est fixée, sans pouvoir être antérieure au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande :

1° A la date d'entrée en jouissance de l'avantage de vieillesse de l'intéressé si celle-ci est postérieure à son soixante-cinquième anniversaire ;

2° Au premier jour du mois qui suit le soixante-cinquième anniversaire de l'intéressé si ce dernier jouissait déjà à cette date d'un avantage de vieillesse ;

3° Au premier jour du mois qui suit l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 anniversaire, pour les personnes mentionnées à l'article R. 815-15.

Pour les personnes mentionnées au second alinéa de l'article R. 815-1, les mêmes règles s'appliquent, compte tenu de la date à laquelle elles ont été reconnues inaptes au travail ou sont entrées en jouissance d'un avantage de vieillesse entre l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 et leur soixante-cinquième anniversaire.

### **Article R815-34**

L'organisme ou le service liquidateur notifie au demandeur sa décision d'attribution ou de rejet, motivé, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

La notification attributive de l'allocation de solidarité aux personnes âgées par l'organisme ou service liquidateur constitue titre pour le bénéficiaire. Un arrêté du ministre intéressé fixe le modèle de cette notification.

Les décisions de révision, de suspension, de suppression ou de rétablissement du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont notifiées par l'organisme ou le service liquidateur selon les mêmes modalités.

### **Article R815-35**

Le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées attribuée aux bénéficiaires mentionnés à l'article R. 815-2 est notifié par le préfet au comptable supérieur assignataire de la pension.

Cette notification fait apparaître la nature et le montant des ressources considérées pour l'attribution de l'allocation.

L'allocation de solidarité aux personnes âgées s'ajoute au montant de la pension inscrite au grand-livre de la dette publique et suit les mêmes règles de paiement que celle-ci.

### **Article R815-36**

Les services ou organismes débiteurs de l'allocation de solidarité aux personnes âgées en assurent le paiement à terme échu aux échéances de l'avantage de vieillesse dont jouit le bénéficiaire.

Pour les personnes mentionnées à l'article R. 815-15, l'allocation est payée par le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées à terme échu le premier jour de chaque mois.

### **Article R815-37**

Les arrérages de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont payés dans les mêmes formes et conditions que ceux de l'avantage de vieillesse dont l'organisme ou le service liquidateur est débiteur.

L'allocation de solidarité aux personnes âgées allouée au conjoint à charge est payée dans les mêmes formes et conditions que la majoration pour conjoint à charge.

L'allocation de solidarité aux personnes âgées allouée aux personnes mentionnées à l'article R. 815-15 est payée selon la formule choisie par le bénéficiaire soit par virement à un compte ouvert

au nom du bénéficiaire ou de son représentant légal dans un centre de chèques postaux, dans une banque, dans une caisse d'épargne ou chez un comptable du Trésor, soit par lettre-chèque.

Les frais de paiement des arrérages sont à la charge de l'organisme ou du service débiteur de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Dans le cas où l'allocataire ne jouit pas de sa capacité civile, le paiement est effectué, après justification de l'existence de l'allocataire, à son représentant légal.

### **Article R815-38**

Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont tenus de déclarer à l'organisme ou au service qui leur sert cette allocation tout changement survenu dans leurs ressources, leur situation familiale ou leur résidence.

### **Article R815-39**

Les organismes et services mentionnés à l'article L. 815-7 peuvent procéder, à tout moment, à la vérification des ressources, de la résidence ou de la situation familiale des demandeurs ou au contrôle des ressources, de la résidence ou de la situation familiale des bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Ces organismes et services peuvent passer convention entre eux pour utiliser le concours de leurs agents agréés en vue de ces vérifications ou contrôles.

### **Article R815-40**

Indépendamment des cas mentionnés à l'article R. 815-2, le préfet, de sa propre initiative ou à la demande du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, fait procéder à toute enquête sur les ressources, la résidence ou la situation familiale des intéressés. Il transmet, le cas échéant, le résultat de cette enquête au service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

### **Article R815-41**

Pour les personnes mentionnées à l'article R. 815-2, les droits du bénéficiaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées peuvent être révisés par le préfet.

En cas de modification du montant de la pension susceptible d'entraîner la modification du montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, le comptable supérieur assignataire de la pension

peut suspendre provisoirement, pour tout ou partie, le paiement de l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Il saisit alors immédiatement le préfet qui a attribué l'allocation en vue de la révision des droits du bénéficiaire.

### **Article R815-42**

En cas de variation dans le montant des ressources, la révision, la suspension ou le rétablissement de l'allocation de solidarité aux personnes âgées prend effet à compter du premier jour du terme d'arrérages suivant la période de trois mois au cours de laquelle il a été constaté que les ressources sont devenues supérieures ou inférieures au quart des plafonds fixés par le décret prévu à l'article L. 815-9.

En cas de modification du montant d'un avantage viager, il est fait état du nouveau montant, quelle que soit la date de sa mise en paiement, à compter du premier jour du terme d'arrérages suivant la date à laquelle la modification du montant de l'avantage viager aurait dû intervenir.

Pour l'application des dispositions qui précèdent, les ressources dont les échéances sont éloignées de plus d'un trimestre sont prises en considération pour la fraction de leur montant correspondant à un trimestre.

Lorsque l'intéressé justifie qu'au cours d'une période de douze mois précédant le premier jour d'un terme d'arrérages de l'allocation de solidarité aux personnes âgées dont le service a été suspendu en application du présent article, le montant de ses ressources n'a pas atteint les plafonds, l'allocation de solidarité aux personnes âgées peut être rétablie rétroactivement dans la mesure où la prise en considération des ressources pendant une période de douze mois aurait été plus favorable à l'intéressé. Pour l'application du présent alinéa, le montant annuel des avantages viagers est déterminé d'après la valeur en vigueur à la date du rétablissement.

### **Article R815-43**

Dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 815-11, les organismes ou services mentionnés à l'article L. 815-7 peuvent opérer d'office et sans formalité des retenues sur les arrérages de l'allocation de solidarité aux personnes âgées pour le recouvrement des sommes payées indûment à l'allocataire.

Ces retenues ne peuvent excéder la fraction saisissable, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 815-10.

### **Article R815-44**

Lorsque les arrérages versés aux bénéficiaires mentionnés à l'article R. 815-2 sont sujets à répétition, le recouvrement en est effectué par voie d'état exécutoire, dans les conditions fixées par les articles 80 à 95 du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la

comptabilité publique, sauf application des dispositions de l'article L. 815-13.

### **Article R815-45**

Les dispositions qui régissent l'avantage de vieillesse payé par l'organisme ou le service liquidateur s'appliquent à l'allocation de solidarité aux personnes âgées en cas de décès du titulaire.

Pour les personnes mentionnées à l'article R. 815-15, l'allocation est servie jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel le décès est survenu.

## **Section 2 : Recouvrement sur les successions**

### **Article R815-46**

L'organisme ou le service mentionné à l'article L. 815-7 a la faculté de requérir, dans les conditions prévues à l'article 2428 du code civil, l'inscription d'une hypothèque grevant les biens des bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sur les registres tenus par les conservateurs des hypothèques pour sûreté de la créance éventuelle résultant des sommes versées au titre de l'allocation.

Les bordereaux d'inscription mentionnent une évaluation du montant des prestations qui seront allouées au bénéficiaire.

Lorsque les allocations servies dépassent l'évaluation figurant au bordereau d'inscription primitif, l'organisme ou le service mentionné à l'article L. 815-7 a la faculté de requérir une nouvelle inscription d'hypothèque.

### **Article R815-47**

Pour l'application des dispositions des articles L. 815-13 et R. 815-46, l'organisme ou le service mentionné à l'article L. 815-7 détermine, au vu des déclarations des intéressés ou après enquête, ceux des bénéficiaires qui possèdent des biens immobiliers d'une valeur supérieure au seuil fixé par le décret prévu au deuxième alinéa de l'article L. 815-13.

L'inscription prévue à l'article R. 815-46 ne peut être prise que si l'allocataire possède des biens immobiliers d'une valeur égale ou supérieure à ce montant, cette valeur étant appréciée au jour de l'inscription.

Dans le cas où l'allocataire est propriétaire de plusieurs immeubles, l'inscription peut n'être prise que sur l'un ou certains d'entre eux, même si la valeur de chacun d'eux est inférieure au montant

prévu au deuxième alinéa du présent article.

### **Article R815-48**

La mainlevée des inscriptions prises en conformité avec les articles R. 815-46 et R. 815-47 intervient au vu des pièces justificatives soit du remboursement de la créance, soit d'une remise accordée par l'organisme ou le service liquidateur.

## **Section 3 : Contentieux et pénalités**

### **Article R815-49**

Toute personne, institution ou organisme tenu à déclaration en application des articles L. 815-18 et R. 815-20 et, dans le cas où la déclaration incombe à une personne morale, la ou les personnes chargées de son administration ou de sa direction sont passibles d'une amende prévue pour les contraventions de 4e classe par titulaire d'un avantage de vieillesse pour lequel la déclaration n'a pas été fournie.

### **Article R815-50**

Les dispositions des articles R. 142-1 à R. 142-6 sont applicables aux contestations relatives à l'attribution, à la suspension, à la révision et à la récupération sur successions de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Pour les personnes mentionnées à l'article R. 815-15, un recours gracieux contre les décisions prises par le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées peut être formé auprès du directeur général de la Caisse des dépôts et consignations. En cas de rejet du recours ou à défaut de réponse dans un délai d'un mois, le requérant dispose des voies de recours prévues par les articles L. 142-1 et suivants.

### **Article R815-51**

Le ministre chargé de la sécurité sociale est recevable à intervenir devant toutes les juridictions et en tout état de la procédure dans toutes les affaires relatives à l'application du présent chapitre.

### **Article R815-52**

Dans le cas des assurés du régime de retraite des fonctionnaires de l'Etat mentionnés à l'article R. 815-2, l'agent judiciaire du Trésor public est seul qualifié, en application de l'article 38 de la loi n° 55-366 du 3 avril 1955, pour intervenir devant les juridictions compétentes dans toutes les affaires relatives à l'attribution, à la suspension, à la révision et à la récupération sur successions de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

### **Article R815-53**

Dans le cas mentionné à l'article R. 815-9, l'organisme ou le service désigné dans les conditions fixées à cet article est substitué à l'organisme ou au service débiteur de l'avantage de vieillesse dont l'intéressé est titulaire pour tout ce qui concerne les contestations relatives à l'attribution, à la suspension, à la révision, à la récupération sur successions de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et à la reconnaissance de l'inaptitude au travail.

### **Article R815-54**

Le recours ouvert en application des articles L. 815-15, R. 815-50 et R. 815-51 aux titulaires d'une pension attribuée au titre du code des pensions civiles et militaires de retraite devant les juridictions prévues par les articles L. 142-1 et suivants du présent code est strictement limité aux contestations concernant l'allocation de solidarité aux personnes âgées et ne saurait en aucun cas être étendu aux contestations d'attribution ou à la qualification de la pension principale.

La présente disposition s'applique également dans le cas des régimes de retraite mentionnés à l'article R. 815-11.

## **Section 4 : Dispositions administratives**

### **Article R815-55**

Le ministre chargé de la sécurité sociale contrôle l'application des articles L. 815-1 et suivants.

Sous réserve des dispositions des articles R. 815-56 et R. 815-57, le contrôle sur place de l'exécution des articles L. 815-1 et suivants est assuré par l'inspection générale des affaires sociales et par le service mentionné à l'article R. 155-1.

### **Article R815-56**

Le ministre chargé de l'agriculture contrôle l'application des articles L. 815-1 et suivants en ce qui concerne les personnes auxquelles le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées

prévue par le présent chapitre est assuré par les organismes de mutualité sociale agricole.

### **Article R815-57**

Le ministre chargé du budget contrôle l'application des articles L. 815-1 et suivants en ce qui concerne les avantages servis par les régimes mentionnés aux articles R. 815-2 et R. 815-11.

## **Chapitre 5 bis : Allocation supplémentaire d'invalidité**

### **Article R815-58**

L'invalidité générale mentionnée à l'article L. 815-24 doit réduire au moins des deux tiers la capacité de travail ou de gain du demandeur.

Pour les assurés mentionnés aux articles R. 815-2 et R. 815-11, le taux d'invalidité est celui fixé au premier alinéa de l'article L. 30 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

### **Article R815-58-1**

Le fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 est administré par le ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R815-59**

Le comité du fonds spécial d'invalidité est composé comme suit :

1° Le directeur de la sécurité sociale, président ;

2° Un représentant du régime général de sécurité sociale des travailleurs salariés, désigné par le conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés parmi ses membres représentants des salariés ;

3° Deux représentants des régimes des assurances sociales des travailleurs salariés et non salariés des professions agricoles, désignés parmi ses membres par le conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole ;

4° Un représentant des régimes spéciaux des travailleurs salariés, désigné par le conseil



d'administration de la caisse autonome de la sécurité sociale dans les mines parmi ses membres représentants des salariés ;

5° Un représentant du régime d'assurance vieillesse et invalidité des professions artisanales, désigné parmi ses membres par le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants ;

6° Un représentant du régime d'assurance vieillesse et invalidité des professions industrielles et commerciales, désigné parmi ses membres par le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants ;

7° Le directeur du budget ou son représentant ;

8° Le directeur chargé de la protection sociale au ministère de l'agriculture ou son représentant ;

9° Le directeur de l'action sociale ou son représentant.

Le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations ou son représentant assiste aux séances du comité.

Les représentants des régimes d'assurance invalidité sont désignés pour cinq ans. Il est procédé dans les mêmes conditions à la désignation de membres suppléants.

Le mandat des représentants et des suppléants est renouvelable. Il cesse lorsqu'ils perdent la qualité en vertu de laquelle ils ont été désignés. Leurs remplaçants sont nommés pour la durée du mandat restant à courir.

## **Article R815-60**

Le comité du fonds spécial d'invalidité élit dans son sein un vice-président. Son secrétariat est assuré par la Caisse des dépôts et consignations.

Le comité émet un avis sur toutes les questions intéressant le fonctionnement du fonds spécial d'invalidité dont il est saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Toutefois, il est obligatoirement consulté sur les conditions dans lesquelles doit s'exercer le contrôle de l'application du présent chapitre à l'égard des bénéficiaires de l'allocation supplémentaire prévue à l'article L. 815-24.

Il délibère sur le rapport annuel établi par la Caisse des dépôts et consignations sur les opérations du fonds spécial d'invalidité.

## **Article R815-61**

La Caisse des dépôts et consignations, chargée de la gestion financière du fonds spécial d'invalidité, a notamment pour rôle :

1°) d'établir des propositions en vue de déterminer le montant des subventions forfaitaires à allouer aux organismes et services mentionnés à l'article L. 815-27 qui sont débiteurs d'un avantage mentionné à l'article L. 815-24 ;

2°) d'assurer, au profit de ces organismes et services, le règlement des subventions forfaitaires ainsi que des avances qui peuvent leur être consenties en exécution de l'article L. 815-20 ;

3°) d'assurer la gestion des fonds qui lui sont confiés au titre du fonds spécial d'invalidité.

## **Article R815-62**

La Caisse des dépôts et consignations ouvre dans ses écritures un compte particulier où elle enregistre les opérations de recettes et de dépenses du fonds spécial d'invalidité. Les disponibilités de ce compte sont déposées au Trésor par la Caisse des dépôts et consignations en compte courant sans intérêts.

## **Article R815-63**

Les recettes du fonds spécial d'invalidité sont les suivantes :

1°) le montant des sommes affectées au fonds spécial d'invalidité ;

2°) les recettes diverses et accidentelles ;

3°) les dons et legs.

Les dépenses du fonds spécial d'invalidité sont les suivantes :

1°) le montant des subventions forfaitaires réglées aux organismes et services mentionnés à l'article L. 815-27 et qui sont débiteurs d'un avantage mentionné à l'article L. 815-24 sur lesquelles s'imputeront, le cas échéant, les avances consenties ;

2°) les dépenses exposées par les services d'aide sociale mentionnées à l'article R. 815-76 ;

3°) les frais de fonctionnement du fonds spécial d'invalidité ;

4°) les frais de contentieux ;

5°) le forfait postal ;

6°) les dépenses diverses et accidentelles.

## **Article R815-64**

Au cours du quatrième trimestre de chaque année et sauf en ce qui concerne les régimes mentionnés aux articles R. 815-2, R. 815-11 et R. 815-73 et le régime général de sécurité sociale, chacun des organismes et services mentionnés à l'article L. 815-27 débiteurs d'un avantage mentionné à l'article L. 815-24 adresse à la Caisse des dépôts et consignations un état indiquant ;

1°) le nombre total des prestations d'invalidité servies au 1er juillet précédent ;

2°) le nombre des allocations supplémentaires servies à la même date.

L'état susmentionné est signé par le directeur de l'organisme ou service.

## **Article R815-65**

Chaque trimestre, chacun des organismes ou services mentionnés à l'article précédent fait connaître à la Caisse des dépôts et consignations le montant total des arrérages effectivement payés pendant le trimestre précédent au titre de l'allocation supplémentaire.

Ces renseignements doivent faire l'objet d'états dûment arrêtés et signés par le directeur de l'organisme ou service.

En ce qui concerne le régime des salariés agricoles et les régimes des non-salariés, les états prévus à l'article R. 815-64 et au premier alinéa du présent article sont fournis respectivement par la caisse centrale de secours mutuels agricoles et par les caisses nationales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 621-2.

## **Article R815-66**

Le montant de la subvention forfaitaire annuelle due à chaque organisme ou service en exécution de l'article L. 815-19 est déterminé à partir des éléments prévus au 1° de l'article R. 815-64 et du montant total des arrérages payés par chacun desdits organismes ou services au cours de l'année

précédente en application du présent chapitre.

### **Article R815-67**

Au cours du premier trimestre de chaque année, la Caisse des dépôts et consignations établit, dans les conditions indiquées ci-après, les propositions de subventions forfaitaires se rapportant à l'année en cours.

Elle détermine, pour chaque organisme et service, le montant de la subvention forfaitaire par titulaire de prestations d'invalidité. Ce montant est égal au quotient du montant des arrérages payés par les organismes et services au cours de l'année précédente du fait de l'application du présent chapitre par le nombre total des bénéficiaires de prestations d'invalidité.

Elle propose, pour chaque organisme ou service, une subvention forfaitaire dont le montant est, en application de l'article L. 815-19, au plus égal au produit majoré de 5 % du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité par le montant unitaire de la subvention affecté, le cas échéant, d'un coefficient destiné à tenir compte de l'évolution des charges imposées aux organismes et services pendant l'année en cours.

Le montant des subventions est fixé par arrêté du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R815-68**

En application de l'article L. 815-19, des acomptes sur subventions sont versés aux organismes et services au cours de chaque trimestre civil.

Le montant total des acomptes sur subventions versés au cours d'un trimestre ne peut excéder le quart de la subvention forfaitaire annuelle fixée pour l'année en cours ou, si celle-ci n'a pas encore été déterminée, le quart de la subvention forfaitaire annuelle de l'année précédente.

### **Article R815-69**

La Caisse des dépôts et consignations détermine, pour chaque organisme et service, le montant des excédents de subvention par rapport aux arrérages payés ainsi que la fraction de ces excédents qui est susceptible de rester à la disposition desdits organismes ou services. Cette fraction ne peut dépasser, pour chaque service ou organisme, le vingtième du montant total des arrérages payés.

Au cas où la subvention forfaitaire allouée est insuffisante pour couvrir ces charges, il est procédé, par arrêté du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale, à un réajustement du montant de la subvention, ce montant ne pouvant, en aucun cas, excéder celui des arrérages majoré de 5 %.

## **Article R815-70**

Le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations peut demander aux ministres et aux secrétaires d'Etat chargés de la tutelle des organismes et services mentionnés à l'article L. 815-27 débiteurs d'un avantage mentionné à l'article L. 815-24 de faire effectuer tout contrôle des renseignements fournis en application des articles R. 815-64, R. 815-65 et R. 815-73.

## **Article R815-71**

Les excédents de subventions forfaitaires qui ne peuvent être laissés à la disposition des organismes et services peuvent être imputés sur le montant des subventions allouées au titre de l'année suivante.

## **Article R815-72**

Les subventions forfaitaires prévues à l'article R. 815-66 couvrent, pour chacun des organismes ou services, les arrérages payés en application du présent chapitre, y compris les frais de gestion et les dépenses de contentieux.

## **Article R815-73**

Les organismes ou services ayant assuré au 1er juillet précédant l'année en cours le service d'un nombre d'allocations supplémentaires inférieur ou égal à mille reçoivent, sur justifications comptables, du fonds spécial d'invalidité une subvention annuelle égale au montant, majoré de 5 %, des dépenses supportées du fait de l'application du présent chapitre.

## **Article R815-74**

Les dépenses supportées par la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, par le fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat et par la caisse de retraites de l'imprimerie nationale du fait de l'application de l'article L. 815-24 font l'objet d'un remboursement par le budget général.

## **Article R815-75**

Les allocations versées par le budget des affaires sociales en application du présent chapitre sont payées, sans ordonnancement préalable, pour le compte du trésorier-payeur général du département de la résidence du comptable payeur. Les dépenses correspondantes sont ensuite centralisées et vérifiées par le trésorier-payeur général.

Les dépenses supportées par le budget des affaires sociales du fait de l'application du présent chapitre sont couvertes au moyen des crédits transférés du budget du ministère chargé du budget (charges communes).

## **Article R815-76**

La date de l'entrée en jouissance de l'allocation supplémentaire d'invalidité est fixée, sans pouvoir être antérieure au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande, à la date d'entrée en jouissance de l'avantage de vieillesse ou d'invalidité de l'intéressé.

## **Article R815-77**

Le demandeur titulaire de plusieurs avantages de vieillesse et d'invalidité adresse ou remet sa demande à l'organisme ou au service déterminé selon l'ordre de priorité suivant :

1° A la caisse régionale de sécurité sociale du régime des salariés s'il est titulaire d'une pension d'invalidité du régime général des professions non agricoles ;

2° A l'organisme ou au service débiteur de l'avantage de vieillesse ou d'invalidité dont le montant trimestriel est le plus élevé au jour de la demande parmi ceux dont il est titulaire.

L'organisme ou le service ainsi défini procède à la liquidation de l'allocation supplémentaire d'invalidité.

## **Article R815-78**

Les dispositions des articles R. 815-2 et R. 815-3, du second alinéa de l'article R. 815-4, du premier alinéa de l'article R. 815-5 des articles R. 815-6, R. 815-8 à R. 815-11, R. 815-17 à R. 815-30, R. 815-34 et R. 815-35, du premier alinéa de l'article R. 815-36, des premier, quatrième et dernier alinéas de l'article R. 815-37, des articles R. 815-38 à R. 815-44, du premier alinéa de l'article R. 815-45, des articles R. 815-46 à R. 815-49, du premier alinéa de l'article R. 815-50 et des articles R. 815-51 à R. 815-57 sont applicables au service, au contentieux et aux pénalités afférents à l'allocation supplémentaire mentionnée à l'article L. 815-24, sous réserve des adaptations suivantes :

1° Les mots : " allocation de solidarité aux personnes âgées " sont remplacés par les mots : " allocation supplémentaire d'invalidité " ;

2° Les mots : " avantage de vieillesse " et les mots : " avantages de vieillesse " sont remplacés respectivement par les mots : " avantage de vieillesse ou d'invalidité " et les mots : " avantages de vieillesse ou d'invalidité " ;

3° Les mots : " fonds de solidarité vieillesse " sont remplacés par les mots : " fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 " ;

4° Les références aux articles L. 815-1 et L. 815-7 sont remplacées par la référence à l'article L. 815-24 ;

5° La référence à l'article L. 815-13 est remplacée par la référence à l'article L. 815-28 ;

6° La référence à l'article L. 815-9 est remplacée par la référence à l'article L. 815-24-1.

## **Chapitre 6 : Dispositions diverses.**

### **Article R816-1**

L'allocation de logement n'est pas prise en compte pour l'appréciation de la condition de ressources en vue de l'attribution d'un avantage de vieillesse non contributif ou d'une prestation d'aide sociale.

### **Article R816-2**

Lorsque le bénéfice d'avantages d'invalidité, ou de vieillesse mentionnés aux articles L. 815-1 et L. 815-24 est subordonné soit à une condition de ressources, soit à une condition de limitation ou d'interdiction de cumul avec d'autres prestations ou d'autres ressources, les prestations et les ressources d'origine étrangère ou versées par une organisation internationale sont prises en compte pour l'appréciation de ces conditions.

### **Article R816-3**

Pour l'application du présent titre, la condition de résidence est appréciée dans les conditions fixées à l'article R. 115-6.

Les organismes et services débiteurs des allocations mentionnées au présent titre organisent annuellement un contrôle de l'effectivité de la résidence en France. Ce contrôle est, chaque fois que possible, opéré par rapprochement avec les vérifications opérées par un autre organisme de sécurité sociale.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aides d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé**

#### **Titre 2 : Allocation aux adultes handicapés.**

##### **Article R821-1**

Est regardé comme ayant dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé pour l'application des articles L. 821-1 et suivants tout enfant âgé d'au moins seize ans qui cesse de réunir les conditions exigées pour ouvrir droit aux allocations familiales.

Est considérée comme résidant sur le territoire métropolitain ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 ou à Saint-Pierre-et-Miquelon la personne handicapée qui y réside de façon permanente. Est également réputée y résider la personne handicapée qui accomplit hors de ces territoires :

- soit un ou plusieurs séjours dont la durée n'excède pas trois mois au cours de l'année civile. En cas de séjour de plus de trois mois hors de ces territoires, soit de date à date, soit sur une année civile, l'allocation aux adultes handicapés n'est versée, dans les conditions précisées à l'article L. 552-1, que pour les seuls mois civils complets de présence sur ces territoires ;

- soit un séjour de plus longue durée lorsqu'il est justifié, dans les conditions prévues au 2° de l'article R. 512-1, que le séjour est nécessaire pour lui permettre soit de poursuivre ses études, soit d'apprendre une langue étrangère, soit de parfaire sa formation professionnelle.

##### **Article R821-2**

La demande d'allocation aux adultes handicapés, du complément de ressources mentionné à l'article L. 821-1-1, accompagnée de toutes les pièces justificatives utiles, est adressée à la maison départementale des personnes handicapées du lieu de résidence de l'intéressé.

La maison départementale des personnes handicapées transmet, sans délai, un exemplaire du dossier de demande à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées,



mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles et à l'organisme débiteur en vue de l'examen des conditions relevant de leur compétence.

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur une demande d'allocation aux adultes handicapés ou de complément de ressources par la commission, à compter du dépôt de la demande, vaut décision de rejet.

Au vu de la décision de la commission et après avoir vérifié que le demandeur remplit les conditions administratives et financières exigées, l'organisme débiteur prend la décision de liquidation des prestations. Le silence gardé pendant plus d'un mois par l'organisme débiteur, à compter de la date de la décision de la commission relative à une demande d'allocation aux adultes handicapés et de complément de ressources, vaut décision de rejet.

En cas de changement d'organisme débiteur de l'allocation et du complément de ressources, la décision de la commission territorialement compétente en premier lieu s'impose sans qu'il soit nécessaire de renouveler la procédure.

### **Article R821-3**

Le modèle de la demande et la liste des pièces justificatives sont fixés par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées.

### **Article R821-4**

Lorsque le demandeur ou le bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés ne perçoit pas de revenu d'activité professionnelle ou est admis dans un établissement ou un service d'aide par le travail mentionnés à l'article L. 344-2 du code de l'action sociale et des familles, la condition de ressources prévue à l'article L. 821-3 s'applique conformément aux dispositions du présent article.

II.-La condition de ressources s'apprécie au regard des revenus perçus au cours de l'année civile de référence mentionnée à l'article R. 532-3.

Les revenus pris en compte sont ceux définis aux articles R. 532-3 à R. 532-7, sous réserve de l'application des articles R. 821-4-3, R. 821-4-4, D. 821-9 et D. 821-10, ainsi que des dispositions suivantes :

1° Ne sont pas pris en compte les revenus appartenant aux catégories suivantes :

- a) Les rentes viagères mentionnées aux 1° et 2° du I de l'article 199 septies du code général des impôts lorsqu'elles ont été constituées en faveur d'une personne handicapée ou, dans la limite d'un montant fixé par décret, lorsqu'elles ont été constituées par une personne handicapée pour elle-même ;
- b) Le salaire perçu en application du deuxième alinéa de l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles par le conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

c) La prime d'intéressement à l'excédent d'exploitation versée à une personne handicapée admise dans un établissement ou service d'aide par le travail mentionnée à l'article R. 243-6 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Il est appliqué un abattement de 20 % aux pensions et rentes viagères à titre gratuit perçues par l'allocataire ainsi qu'aux revenus perçus par le conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité qui n'est pas allocataire de l'allocation aux adultes handicapés, lorsque ces revenus relèvent des catégories suivantes :

a) Les revenus d'activités commerciales, artisanales, libérales ou agricoles ;

b) Les traitements et les salaires, les pensions, les rentes viagères à titre gratuit et les rémunérations des gérants et associés de sociétés mentionnées à l'article 62 du code général des impôts ;

c) Les bénéficiaires agricoles soumis à l'évaluation forfaitaire prévue aux articles 64 et suivants du code général des impôts ;

d) La rémunération garantie mentionnée à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles ;

3° L'abattement prévu à l'article 157 bis du code général des impôts en faveur des personnes âgées ou invalides n'est pas applicable aux revenus d'activité professionnelle perçus par l'allocataire.

III.-Les ressources déterminées conformément au II sont prises en compte pour déterminer le droit à l'allocation servie au titre de chaque période de douze mois commençant le 1er janvier, sous réserve de l'application des articles R. 532-4 à R. 532-7, R. 821-4-3, R. 821-4-4, D. 821-9 et D. 821-10, ainsi que, en cas de modification de la situation familiale en cours de période de paiement, des dispositions prévues à l'article L. 552-1.

## **Article R821-4-1**

I.-Lorsque le demandeur ou le bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés perçoit, au jour du dépôt de la demande ou en cours de service, des revenus d'activité professionnelle, la condition de ressources prévue à l'article L. 821-3 s'applique conformément aux dispositions du présent article.

II.-La condition de ressources s'apprécie au regard des revenus perçus au cours du trimestre de référence. Le trimestre de référence correspond aux trois mois civils précédant la période de droits définie au III.

Les revenus pris en compte sont ceux définis au II de l'article R. 821-4, sous réserve des alinéas suivants :

1° Pour l'application des articles R. 532-3 à R. 532-7 et du 3° du II de l'article R. 821-4, le trimestre de référence mentionné ci-dessus se substitue à l'année civile de référence ;

2° Pour l'application du dixième alinéa de l'article R. 532-3, il est tenu compte des derniers revenus d'activité professionnelle connus de manière proportionnelle à la période de référence considérée ;

3° L'abattement mentionné à l'article R. 532-5 s'applique jusqu'à la fin de la période de paiement en cours et, si le changement de situation intervient au cours des deuxième ou troisième mois du trimestre de référence, jusqu'à la fin de la période de paiement suivante ;

4° L'abattement mentionné à l'article R. 532-6 n'est pas applicable ;

5° Les abattements, déductions ou majorations appliqués pour déterminer le revenu de l'année civile de référence mentionné à l'article R. 821-4 et dont les montants sont exprimés en euros dans les textes qui les instituent sont affectés d'un coefficient de 0,25. Lorsque ces montants sont indexés sur un indice dont la valeur n'est pas connue au dernier jour du trimestre de référence, ils sont revalorisés conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation hors tabac figurant dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances.

III.-Les ressources déterminées conformément au II sont prises en compte pour déterminer le droit à l'allocation servie au titre de chaque période successive de trois mois civils faisant suite au dépôt de la demande d'allocation, sous réserve de l'application des articles mentionnés au III de l'article R. 821-4 et du quatrième alinéa du II de l'article R. 821-4-5.

Lorsqu'un allocataire dont les ressources sont appréciées conformément à l'article R. 821-4 débute ou reprend une activité professionnelle, le premier trimestre de référence retenu pour l'application du présent article est celui au cours duquel l'allocataire a débuté ou repris cette activité.

## **Article R821-4-2**

Lorsqu'un allocataire dont les ressources sont appréciées conformément à l'article R. 821-4-1 cesse de percevoir des revenus d'activité professionnelle, ses ressources demeurent appréciées selon les modalités prévues à cet article.

Toutefois, lorsque l'allocataire n'a pas, au 1er janvier d'une année considérée, repris d'activité professionnelle depuis au moins neuf mois consécutifs, ses ressources sont appréciées, à compter de cette date, conformément aux dispositions mentionnées à l'article R. 821-4.

## **Article R821-4-3**

Lorsque depuis deux mois consécutifs, un allocataire ou son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité a réduit la durée de son activité professionnelle ou de son activité à caractère professionnel mentionnée à l'article R. 344-7 du code de l'action sociale et des familles, ses ressources sont appréciées en appliquant aux revenus d'activité professionnelle ou à caractère professionnel perçus par l'intéressé pendant l'année civile de référence ou, pour le bénéficiaire dont les ressources sont appréciées conformément à l'article R. 821-4-1, pendant le trimestre de référence, un abattement égal au pourcentage de la réduction de la durée du travail constatée par rapport à la situation antérieure, arrondi à la dizaine inférieure. La valeur de l'abattement ne peut excéder 80 %.

Cet abattement s'applique à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel la modification est intervenue et jusqu'à la fin de la période de paiement suivant celle en cours.

## **Article R821-4-4**

Lorsqu'un allocataire ou son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité a cessé toute activité professionnelle ou à caractère professionnel sans revenu de remplacement, ses

ressources sont appréciées en ne tenant pas compte des revenus d'activité professionnelle ou à caractère professionnel ni des indemnités de chômage perçues par l'intéressé pendant l'année civile de référence ou, pour le bénéficiaire dont les ressources sont appréciées conformément à l'article R. 821-4-1, pendant le trimestre de référence.

Cette mesure s'applique à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel est intervenu le changement de situation et jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui de la reprise d'une activité professionnelle ou à caractère professionnel par l'intéressé.

## **Article R821-4-5**

I.-Le bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés est tenu de faire connaître à l'organisme débiteur de la prestation toutes informations relatives à sa résidence, à sa situation de famille et ses activités professionnelles ou à caractère professionnel ainsi que celles de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ; il doit faire connaître à cet organisme tout changement intervenu dans l'un ou l'autre de ces éléments.

II.-Le bénéficiaire dont les ressources sont appréciées conformément à l'article R. 821-4-1 est tenu de retourner à l'organisme débiteur de l'allocation une déclaration trimestrielle de ressources dûment complétée.

En cas de non-retour de la déclaration trimestrielle de ressources dans les délais nécessaires pour procéder au calcul de l'allocation, qui ne peuvent être inférieurs à quinze jours, l'organisme débiteur verse à l'allocataire, au titre du premier mois de la nouvelle période de droits, une avance d'un montant égal à la moitié de la précédente mensualité et lui notifie un délai supplémentaire de réponse. En l'absence de réponse dans ce nouveau délai, la même procédure est applicable au titre du mois suivant. En cas de non-retour de la déclaration trimestrielle de ressources à l'issue du délai notifié à la suite de la seconde avance, le versement de l'allocation est suspendu.

Les indus occasionnés par la ou les avances versées sont recouvrés conformément à l'article L. 821-5-1.

Lorsque le bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés est marié, concubin ou lié par un pacte civil de solidarité à une personne bénéficiaire de la même allocation, une seule déclaration trimestrielle de ressources est adressée au couple par l'organisme débiteur de la prestation. Dans ce cas, le trimestre de référence commun aux deux allocations est déterminé par rapport à celle dont la date d'effet est la plus ancienne.

## **Article R821-5**

L'allocation aux adultes handicapés prévue à l'article L. 821-1 et le complément de ressources prévu à l'article L. 821-1-1 sont accordés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour une période au moins égale à un an et au plus égale à cinq ans. L'allocation aux adultes handicapés prévue à l'article L. 821-2 est accordée par ladite commission pour une période de un à deux ans. Si le handicap n'est pas susceptible d'une évolution favorable, la période d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés, lorsqu'elle est accordée à une personne dont le taux d'incapacité est au moins égal au pourcentage fixé par le décret prévu au premier alinéa de l'article L. 821-1, et la période d'attribution du complément de ressources peuvent excéder cinq ans

sans toutefois dépasser dix ans.

Toutefois, avant la fin de la période ainsi fixée et à la demande de l'intéressé, de l'organisme débiteur ou du préfet de département, les droits à l'allocation et au complément de ressources peuvent être révisés, en cas de modification de l'incapacité du bénéficiaire.

### **Article R821-5-1**

Pour l'ouverture du droit à la majoration pour la vie autonome instituée par l'article L. 821-1-2, la condition de perception d'une aide personnelle au logement est remplie par la personne qui bénéficie, soit comme titulaire du droit, soit du fait d'un conjoint, d'un partenaire d'un pacte civil de solidarité ou d'un concubin allocataire, de l'une des aides suivantes :

- a) Allocation de logement prévue aux articles L. 542-1 et L. 755-21 du présent code ;
- b) Allocation de logement prévue à l'article L. 831-1 du présent code ;
- c) Aide personnalisée au logement prévue à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation.

Lorsque, dans un ménage bénéficiant d'une telle aide, chacun des membres du couple remplit les autres conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 821-1-2, le droit à la majoration pour la vie autonome est ouvert à chacun d'eux.

### **Article R821-5-2**

Est réputé indépendant, au sens des articles L. 821-1-1 et L. 821-1-2, un logement qui n'appartient pas à une structure dotée de locaux communs meublés ou de services collectifs ou fournissant diverses prestations annexes moyennant une redevance. N'est pas considérée disposer d'un logement indépendant la personne hébergée par un particulier à son domicile, sauf s'il s'agit de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité.

### **Article R821-6**

La liquidation et le paiement de l'allocation aux adultes handicapés, du complément de ressources et de la majoration pour la vie autonome sont assurés par la caisse d'allocations familiales du lieu de résidence de l'intéressé.

Toutefois, lorsqu'une caisse de mutualité sociale agricole est compétente pour verser à ce dernier les prestations familiales dont il 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 liquidation et le paiement de l'allocation aux adultes handicapés, du complément de ressources et de la majoration pour la vie autonome.

## **Article R821-7**

L'allocation aux adultes handicapés et le complément de ressources sont attribués à compter du premier jour du mois civil suivant celui du dépôt de la demande.

La majoration pour la vie autonome est attribuée, sans demande particulière de l'intéressé, à compter du premier jour du mois au cours duquel il remplit les conditions mentionnées à l'article L. 821-1-2.

L'allocation aux adultes handicapés, le complément de ressources et la majoration pour la vie autonome sont versés mensuellement et à terme échu.

## **Article R821-7-1**

Lorsque l'allocation aux adultes handicapés continue d'être versée en application du onzième alinéa de l'article L. 821-1, la majoration pour la vie autonome et le complément de ressources ne sont pas maintenus. Ces prestations sont rétablies dès lors qu'est ouvert un droit à l'allocation aux adultes handicapés dans les conditions prévues au neuvième alinéa du même article et que les autres conditions d'ouverture des droits à la majoration et au complément continuent d'être remplies.

## **Article R821-8**

I. - A partir du premier jour du mois suivant une période de soixante jours révolus passés dans un établissement de santé, dans une maison d'accueil spécialisée, ou dans un établissement pénitentiaire, le montant de l'allocation aux adultes handicapés est réduit de manière que son bénéficiaire conserve 30 % du montant mensuel de ladite allocation. L'intéressé ne peut recevoir une allocation plus élevée que celle qu'il percevrait s'il n'était pas hospitalisé, placé dans une maison d'accueil spécialisée ou incarcéré.

Toutefois aucune réduction n'est effectuée :

a) Lorsque l'allocataire est astreint au paiement du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

b) Lorsqu'il a au moins un enfant ou un ascendant à sa charge au sens de l'article L. 313-3 ;

c) Lorsque le conjoint ou le concubin de l'allocataire ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité ne travaille pas pour un motif reconnu valable par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

La réduction de l'allocation n'est opérée que pendant la période où la personne handicapée est effectivement accueillie dans l'établissement, à l'exclusion des périodes de congé ou de suspension de prise en charge.

II. - Sous réserve que les conditions d'ouverture du droit à ces prestations continuent d'être remplies, le versement du complément de ressources et de la majoration pour la vie autonome est maintenu jusqu'au premier jour du mois suivant une période de soixante jours révolus d'hospitalisation, d'hébergement dans un établissement social ou médico-social mentionné au b du 5° et au 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou d'incarcération dans un établissement pénitentiaire. A compter de cette date, le service des prestations est suspendu, à l'exclusion des périodes de congé ou de suspension de la prise en charge par un régime d'assurance maladie.

III. - Le service de l'allocation, du complément de ressources et de la majoration pour la vie autonome est repris, sans nouvelle demande, à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel la personne n'est plus hospitalisée, hébergée dans un établissement social ou médico-social ou incarcérée dans un établissement pénitentiaire.

## **Article R821-9**

La personne handicapée qui, dans l'attente d'être admise dans l'établissement pour adultes désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles dans sa décision d'orientation, est maintenue au-delà de l'âge de vingt ans dans un établissement ou service mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles perçoit l'allocation aux adultes handicapés qui lui aurait été versée dans l'établissement pour adultes désigné, à compter du jour où la décision de la commission susmentionnée siégeant en formation plénière a été notifiée à l'organisme débiteur concerné.

Tant que cette notification n'est pas intervenue, l'allocation aux adultes handicapés continue à être versée, ou est réduite, dans les conditions fixées à l'article R. 821-8.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aides d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé**

#### **Titre 3 : Allocation de logement sociale**

##### **Chapitre 1er : Conditions générales d'attribution**

###### **Section 1 : Dispositions communes.**

###### **Article R831-1**

L'allocation de logement prévue aux articles L. 831-1 et suivants est attribuée aux personnes qui sont locataires ou qui accèdent à la propriété d'un local à usage exclusif d'habitation et constituant leur résidence principale \*bénéficiaires\*. Elle peut être attribuée également aux sous-locataires et occupants à titre onéreux.

La notion de résidence principale \*définition\* doit être entendue au sens du logement effectivement occupé au moins huit mois par an soit par le bénéficiaire, soit par son conjoint ou concubin sauf obligation professionnelle, raison de santé ou cas de force majeure.

L'allocation n'est due que si les intéressés paient un minimum de loyer fixé par décret compte tenu de leurs ressources.

Sont assimilées aux loyers les mensualités versées pour accéder à la propriété de l'habitation, selon les modalités fixées par les articles R. 831-22 à R. 831-24.

Le logement mis à la disposition d'un requérant par un des ascendants ou de ses descendants n'ouvre pas droit au bénéfice de l'allocation.

###### **Article R831-3**



L'allocation de logement est due à la date et aux conditions définies à l'article L. 831-4-1.

Le droit s'éteint à compter du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies, sauf si la clôture du droit résulte du décès de l'allocataire ou de son conjoint ou d'une personne à charge, auquel cas le droit prend fin le premier jour du mois civil suivant le décès.

Les changements intervenus dans la composition de la famille ou dans la situation de l'allocataire ou de son conjoint et qui sont de nature à modifier ses droits à l'allocation prennent effet et cessent de produire leur effet selon les règles ci-dessus définies respectivement pour l'ouverture et pour l'extinction des droits.

Par dérogation aux dispositions du présent article, en cas de déménagement et en cas de conclusion ou de résiliation de l'une des conventions mentionnées à l'article L. 351-2 du code de la construction et de l'habitation, le droit à l'allocation de logement, le cas échéant :

a) Est ouvert à compter du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies ;

b) S'éteint le dernier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies.

#### **Article R831-4**

Pour la mise en oeuvre de la condition de ressources prévue aux articles L. 831-2 et L. 831-4, le droit à l'allocation de logement sociale est examiné pour chaque période de douze mois consécutifs commençant le 1er janvier de chaque année.

#### **Article R831-5**

Le minimum de loyer que l'intéressé doit acquitter annuellement pour bénéficier de l'allocation de logement est déterminé soit en fonction des ressources perçues pendant l'année civile de référence par l'allocataire, son conjoint et par les personnes ayant vécu à son foyer pendant plus de six mois au cours de l'année civile précédant la période de paiement et y vivant à la date d'ouverture du droit ou au début de la période de paiement, soit en fonction des ressources appréciées dans les conditions prévues à l'article R. 532-8.

#### **Article R831-6**

Les ressources retenues sont celles perçues pendant l'année civile de référence. L'année civile de référence est l'avant-dernière année précédant la période de paiement.

Sous réserve des dispositions des articles R. 532-4 à R. 532-8 et des alinéas suivants du présent

article, les ressources prises en considération s'entendent du total des revenus nets catégoriels retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu d'après le barème des revenus taxés à un taux proportionnel ou soumis à un prélèvement libératoire de l'impôt sur le revenu, ainsi que les revenus perçus hors de France ou versés par une organisation internationale et après :

- a) La déduction au titre des créances alimentaires mentionnée au 2° du II de l'article 156 du code général des impôts et majorées dans les conditions prévues au 7 de l'article 158 du code général des impôts ;
- b) L'abattement mentionné à l'article 157 bis du code général des impôts pour les personnes nées avant le 1er janvier 1931 ou invalides quel que soit leur âge.

Sont également prises en considération :

1° Après application de la déduction correspondant au deuxième alinéa de l'article 83 du code général des impôts, l'indemnité journalière mentionnée au 2° de l'article L. 431-1 ;

2° Les rémunérations mentionnées à l'article 81 quater de ce même code.

En application des dispositions de l'article L. 832-1, sont exclus également du décompte des ressources les arrrages des rentes viagères constituées en faveur d'une personne handicapée et mentionnée à l'article 199 septies du code général des impôts.

Il est fait abstraction des déductions opérées en vertu de l'article 156-I du code général des impôts au titre des reports des déficits constatés au cours d'une année antérieure à celle qui est prise en considération.

Lorsque les ressources de l'année de référence de l'allocataire ou de son conjoint ne proviennent pas d'une activité salariée et que ces ressources ne sont pas connues au moment de la demande ou du réexamen des droits, il est tenu compte des dernières ressources connues et déterminées dans les conditions prévues aux alinéas précédents. Ces ressources sont revalorisées par application du taux d'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation des ménages pour l'année civile de référence figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances.

Lors de l'ouverture du droit ou en début de période de paiement, lorsque le demandeur poursuit des études ainsi que, le cas échéant, son conjoint, et que les ressources du ménage au titre de l'année civile de référence appréciées au sens des alinéas précédents, sont inférieures à un montant minimal de ressources, les ressources du bénéficiaire ou du ménage sont réputées égales à ce montant. Un montant minimal de ressources inférieur à ce dernier est appliqué lorsque le demandeur est titulaire d'une bourse de l'enseignement supérieur qui n'est pas assujettie à l'impôt sur le revenu. Ces montants, fixés par arrêté conjoint des ministres chargés du logement, du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture, évoluent le 1er janvier de chaque année comme l'indice de référence des loyers défini à l'article 17 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989. Ils sont arrondis à la centaine d'euros la plus proche.

## **Article R831-6-1**

Lorsque le bénéficiaire justifie qu'en raison d'obligations professionnelles lui-même ou son conjoint est contraint d'occuper de manière habituelle un logement distinct de celui de son ou de leur lieu de résidence principale et qu'il supporte des charges de loyer supplémentaires afférentes à ce logement, il est procédé à un abattement forfaitaire sur les ressources de la personne ou du ménage

déterminées dans les conditions prévues aux articles R. 831-6 à R. 831-8.

L'abattement est appliqué à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le bénéficiaire doit supporter ces charges. Il est supprimé à compter du premier jour du mois civil au cours duquel le bénéficiaire cesse de les supporter.

Le montant de cet abattement est fixé par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, de l'agriculture et du logement.

### **Article R831-7**

Ne sont prises en compte que pour la fraction dépassant le plafond individuel prévu à l'article L. 815-9 et multiplié par 1,25, les ressources de chacune des personnes mentionnées, qui sont :

1°) ascendants de l'allocataire ou de son conjoint ayant atteint un âge au moins égal à celui prévu par l'article L. 161-17-2 augmenté de cinq années, ou d'un âge au moins égal à celui prévu par l'article L. 161-17-2 en cas d'incapacité au travail ou âgés d'au moins soixante-cinq ans s'ils percevaient l'allocation de solidarité aux personnes âgées ;

2°) grands infirmes au sens de l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles et ascendants, descendants ou collatéraux au deuxième ou au troisième degré de l'allocataire ou de son conjoint ;

3°) enfants de l'allocataire ou de son conjoint.

### **Article R831-9**

Un décret pris sur le rapport du ministre chargé du logement, du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'agriculture, détermine le mode et les bases de calcul de l'allocation, en tenant compte, notamment, de ce que le local est ou n'est pas soumis à une législation spéciale réglant les rapports entre bailleurs et locataires et de ce que le bénéficiaire occupe un local meublé ou non meublé en qualité de locataire ou d'accédant à la propriété.

### **Article R831-10**

L'allocation de logement est attribuée sur demande de l'intéressé introduite soit auprès de la caisse d'allocations familiales de la circonscription de résidence du requérant, soit auprès de la caisse de mutualité sociale agricole compétente pour lui verser les prestations familiales dont il bénéficie ou serait susceptible de bénéficier.

En aucun cas, lorsqu'il est fait application de la dérogation aux caractéristiques de logement décent prévue à l'article R. 831-13, l'allocation de logement ne peut être versée entre les mains du bailleur.

## **Article R831-11**

I.-Le modèle de la demande d'"allocation de logement assortie " de pièces justificatives tenant compte de la situation du demandeur ou allocataire, est déterminé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du logement.

II.-En cas de non-présentation avant le 1er janvier d'un état des personnes vivant habituellement au foyer ainsi que d'une déclaration sur l'honneur indiquant le total des ressources perçues au cours de l'année civile de référence par l'intéressé et par toutes personnes vivant ou ayant vécu à son foyer dans les conditions déterminées aux articles R. 831-4 à R. 831-7, le paiement des allocations de logement peut être suspendu.

En cas de non-présentation des justifications relatives au paiement du loyer ou des mensualités d'accession à la propriété avant le 1er décembre, ou lorsque l'organisme payeur constate la constitution d'un impayé au sens de l'article R. 831-21, cet organisme notifie simultanément :

1° A l'allocataire son intention de procéder au versement des mensualités d'allocation de logement entre les mains du bailleur ou du prêteur si celui-ci le demande ;

2° Au bailleur ou au prêteur la possibilité qu'il aura de recevoir ce versement s'il en fait la demande.

A compter de ces notifications court un délai d'un mois. Durant ce délai :

a) L'allocataire peut présenter la justification prévue au a ci-dessus ou justifie par tous moyens avoir soldé sa dette ;

b) L'allocation continue à lui être versée.

A compter de l'expiration du délai, et si les justifications mentionnées à l'alinéa précédent n'ont pas été fournies, l'organisme payeur effectue le versement de l'allocation de logement entre les mains du bailleur ou du prêteur, si celui-ci en a fait la demande. Dans ce cas, il est fait application des dispositions des articles R. 831-21-1 à R. 831-21-3 et R. 831-25.

III.-A défaut de demande de versement entre ses mains émanant du bailleur ou du prêteur, l'organisme payeur suspend le versement de l'allocation de logement et, compte tenu de la situation du bénéficiaire, décide :

a) Soit de renvoyer le dossier au bailleur ou au prêteur aux fins de mettre en place dans un délai maximum de six mois un plan d'apurement de la dette ;

Sur présentation par le bailleur ou le prêteur dudit plan, signé par l'allocataire, l'organisme payeur reprend le versement de l'allocation de logement entre les mains du bailleur ou du prêteur, s'il en fait la demande, ou à défaut de l'allocataire, sous réserve de reprise de paiement régulier du loyer ou des mensualités de la dette et de la bonne exécution du plan. Sont également versées, dans les mêmes conditions, les mensualités d'allocation de logement correspondant aux échéances impayées depuis la suspension du versement.

A défaut de réception du plan d'apurement dans le délai fixé et après mise en demeure du bailleur ou du prêteur, l'organisme payeur peut saisir directement le dispositif d'aide mentionné au b

ci-dessous, qui doit faire connaître sa décision dans un délai maximum de six mois. Il en est de même en cas de mauvaise exécution du plan d'apurement ou de constitution d'un nouvel impayé.

b) Soit de saisir directement un fonds local d'aide au logement et notamment le Fonds de solidarité pour le logement prévu à l'article 6 de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 ou tout autre dispositif ou organisme à vocation analogue en lui demandant de lui faire connaître sa décision dans un délai maximum de douze mois.

Le bailleur ou prêteur, informé de cette saisine par l'organisme payeur, doit faire part de ses propositions au dispositif d'aide.

Au vu de la décision de celui-ci, l'organisme payeur reprend le versement de l'allocation de logement, qu'il verse entre les mains du bailleur ou du prêteur si celui-ci en a fait la demande ou à défaut entre les mains de l'allocataire, sous réserve de la reprise du paiement du loyer ou des mensualités et du respect des conditions fixées par le dispositif d'aide. Sont également versées dans les mêmes conditions les mensualités d'allocation de logement correspondant aux échéances impayées depuis la suspension du versement. En cas de non-respect des conditions fixées par le dispositif ou de constitution d'un nouvel impayé, l'organisme payeur suspend le droit à l'allocation de logement.

c) L'exécution régulière du plan d'apurement est vérifiée tous les douze mois par l'organisme payeur.

## **Article R831-12**

Les changements dans la structure des locaux ou dans leurs conditions de peuplement doivent être déclarés dans le délai d'un mois.

Les changements survenus au cours de la période de paiement de l'allocation dans la situation de l'allocataire ou de son conjoint font l'objet de justifications fournies avec la demande de révision du montant de l'allocation.

L'allocataire qui entend se prévaloir des dispositions de l'article R. 532-7 doit produire toutes justifications des changements survenus au cours de la période de paiement dans la situation de ses ressources.

Tout déménagement doit être déclaré à l'organisme ou au service payeur dans le délai de six mois. La déclaration doit être accompagnée des justifications nécessaires à la révision de l'allocation de logement.

## **Article R831-13**

Pour ouvrir droit à l'allocation de logement, le logement doit remplir les caractéristiques de logement décent telles que définies par le décret n° 2002-120 du 30 janvier 2002 relatif aux caractéristiques du logement décent pris pour l'application des premier et deuxième alinéas de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 modifiée tendant à améliorer les rapports locatifs.

Lorsque le logement ne répond pas aux caractéristiques mentionnées au premier alinéa ou que le propriétaire n'a pas produit l'attestation mentionnée au 2° du I de l'article R. 831-11, l'allocation de logement peut être accordée, à titre dérogatoire, par l'organisme payeur ;

a) Aux personnes locataires, pour une durée de six mois, pour lui permettre de demander la mise en conformité du logement dans les conditions fixées à l'article 20-1 de la loi du 6 juillet 1989 susvisée ou d'engager une action en justice en application du c de l'article 6 de la même loi. L'organisme payeur doit en informer son conseil d'administration et le préfet. En cas de refus de dérogation, le préfet doit également être tenu informé ;

b) Aux personnes logées en hôtel meublé ou en pension de famille, pour une durée d'un an. L'organisme payeur doit en informer son conseil d'administration et le préfet.

Le préfet désigne alors, dans le cadre du plan départemental pour le logement des personnes défavorisées mentionné aux article 2 et suivants de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990, un organisme privé ou public aux fins de proposer au propriétaire une solution adaptée d'amélioration du logement ou à l'allocataire une solution de relogement correspondant à ses besoins et à ses possibilités.

Cette dérogation peut être prorogée pour six mois par le conseil d'administration de l'organisme payeur si les travaux de mise aux normes, bien que décidés, n'ont pas encore pu être achevés à l'issue de la première année ou si la solution de relogement bien qu'acceptée par l'allocataire n'a pas encore pris effet dans le même délai.

En cas de refus de dérogation, le préfet doit également être tenu informé.

c) Aux personnes mentionnées à l'article R. 831-22. L'organisme payeur doit en informer son conseil d'administration et le préfet.

Ce dernier saisit le comité de pilotage du plan départemental pour le logement des personnes défavorisées mentionné ci-dessus afin qu'il examine avec l'allocataire une solution adaptée d'amélioration du logement. La dérogation est maintenue, sauf avis contraire du comité de pilotage.

En cas de refus de dérogation, le préfet doit également être tenu informé.

## **Article R831-13-1**

Pour une personne seule, le logement doit être d'une superficie habitable d'au moins 9 mètres carrés et, pour deux personnes d'au moins 16 mètres carrés, augmentée de 9 mètres carrés par personne en plus.

Pour les logements autres que les logements collectifs, lorsque la condition de superficie n'est pas remplie au moment de la demande, l'allocation de logement peut être accordée pour une durée de deux ans, à titre exceptionnel, par décision de la caisse d'allocations familiales ou de la caisse de mutualité sociale agricole concernée. Le conseil d'administration de l'organisme payeur et le préfet

sont informés de la décision prise. En cas de refus de dérogation, le préfet doit également être tenu informé.

Le préfet désigne alors, dans le cadre du plan départemental pour le logement des personnes défavorisées, mentionné aux articles 2 et suivants de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990, un organisme privé ou public aux fins de proposer à l'allocataire une solution de relogement correspondant à ses besoins et à ses possibilités.

Cette dérogation peut être prorogée par décision du conseil d'administration de l'organisme payeur, par période de deux ans renouvelable, après enquête sociale et au vu d'une attestation motivée du préfet certifiant que l'allocataire ne peut être logé conformément aux conditions prévues au premier alinéa du présent article.

L'allocation de logement n'est pas due si le local est loué ou sous-loué en partie à des tiers sauf si le local est loué ou sous-loué à une personne hébergée en application 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.

#### **Article R831-14**

L'allocation de logement est versée mensuellement, à terme échu dans les conditions déterminées à l'article R. 553-1.

Elle est calculée pour une période de douze mois débutant au 1er janvier de chaque année.

Lorsque le droit à l'allocation de logement n'est pas ouvert pour toute la durée de la période précitée, l'allocation de logement est calculée et versée proportionnellement au nombre de mois pendant lesquels le droit est ouvert.

Hors le cas prévu à l'alinéa précédent, l'allocation de logement ne peut être révisée au cours de la période de douze mois prévue ci-dessus que lorsque la composition de la famille est modifiée ou que l'allocataire s'installe dans un nouveau logement ou, sur demande des intéressés, dans les cas mentionnés à l'article R. 532-7 pour le chômage total ou partiel.

Dans ce dernier cas l'allocation de logement est calculée ou révisée soit sur la base du loyer principal effectivement payé pour le premier mois de location du nouveau local, soit sur la base des paiements incombant à l'allocataire en vue de l'accession à la propriété pour la partie de la période restant à courir.

#### **Article R831-15**

L'allocation de logement n'est pas versée lorsqu'elle est inférieure à une somme fixée par décret.

#### **Article R831-16**

En cas de suspension du paiement du loyer ou des arrérages des dettes contractées en vue d'accéder à la propriété consécutives à une contestation relative à l'étendue des obligations du débiteur et donnant lieu à instance judiciaire, le versement de l'allocation est suspendu par l'organisme payeur jusqu'à ce que la décision de justice rendue soit devenue définitive.

### **Article R831-17**

Lorsque par suite d'un défaut d'entretien imputable au bénéficiaire le logement cesse de remplir les conditions prévues à l'article L. 831-3, ou lorsque le bénéficiaire refuse de se soumettre au contrôle prévu à l'article L. 831-7, l'organisme ou service payeur peut suspendre le versement de l'allocation de logement [\*sanctions\*] après avertissement motivé adressé au bénéficiaire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Si, dans un délai qui ne peut être inférieur à trois mois, l'allocataire n'a pas procédé à la remise en état de son logement ou a persisté dans son refus de se soumettre au contrôle prévu par la loi, le versement des allocations est interrompu.

### **Article R831-20**

Les dispositions du présent chapitre relatives à la résidence principale ou qui comportent la prise en compte de ressources sont applicables dans les mêmes conditions au conjoint, au partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou au concubin.

### **Article R831-21**

I - Sous réserve des dispositions de l'article R. 831-16, la période de non-paiement des loyers ou de non-remboursement de la dette contractée en vue d'accéder à la propriété, à la suite de laquelle l'allocation de logement peut être versée entre les mains du prêteur ou du bailleur sur leur demande, est déterminée ainsi qu'il suit :

1° Pour les termes ou échéances de prêt d'une périodicité inférieure à trois mois, soit lorsque deux termes de loyer et charges ou deux échéances de prêt sont totalement impayés, soit lorsque l'allocataire est débiteur à l'égard du bailleur ou du prêteur d'une somme au moins équivalente en montant.

2° Pour les termes ou échéances de prêt d'une périodicité supérieure ou égale à trois mois, soit à défaut de paiement du loyer et des charges ou de l'échéance de prêt dans le mois suivant leurs dates d'exigibilité, soit lorsque l'allocataire est débiteur à l'égard du bailleur ou du prêteur d'une somme au moins équivalente en montant.

II. - Le bailleur ou le prêteur peut alors obtenir de l'organisme payeur le versement entre ses mains



de l'allocation de logement aux lieu et place de l'allocataire.

A réception de la demande de versement direct, l'organisme payeur en informe l'allocataire et lui notifie son intention de verser au bailleur ou au prêteur les mensualités d'allocation de logement, sauf si l'intéressé justifie par tous moyens avoir acquitté sa dette de loyer ou de prêt avant l'expiration d'un délai d'un mois à compter de cette notification. Pendant ce délai, l'allocation de logement continue à être versée à l'allocataire.

A l'expiration de ce délai, l'organisme payeur effectue le versement de l'allocation de logement entre les mains du bailleur ou du prêteur, dans les conditions prévues aux articles R. 831-21-1 à R. 831-21-3 et R. 831-25.

III. - Lorsque l'allocation est versée entre les mains du prêteur ou du bailleur, en application des 1° et 2° du deuxième alinéa de l'article L. 835-2 et des e et g du 1° du I de l'article 31 du code général des impôts, l'impayé est constitué :

1° En secteur locatif, soit lorsque trois termes consécutifs de loyers et charges déduction faite de l'allocation de logement sont totalement impayés, soit lorsque le locataire est débiteur à l'égard du bailleur d'une somme au moins égale à deux fois le montant mensuel brut du loyer et des charges ;

2° Dans le secteur de l'accession à la propriété :

a) En cas de périodicité trimestrielle lorsque deux échéances de prêt consécutives déduction faite de l'allocation de logement sont totalement impayées ou lorsque l'emprunteur est débiteur à l'égard de l'établissement habilité d'une somme au moins égale à une échéance de prêt brute ;

b) En cas de périodicité mensuelle lorsque trois échéances de prêt consécutives déduction faite de l'allocation de logement sont totalement impayées ou lorsque l'emprunteur est débiteur à l'égard de l'établissement habilité d'une somme au moins égale à deux échéances de prêt brutes.

## **Section 2 : Dispositions spéciales aux locataires.**

### **Article R831-21-1**

En cas d'impayé de loyer au sens de l'article R. 831-21 (1er alinéa) et compte tenu de la situation du bénéficiaire, l'organisme payeur décide :

a) Soit de renvoyer le dossier au bailleur aux fins de mettre en place, dans un délai maximum de six mois, un plan d'apurement de la dette ;

Sur présentation par le bailleur de ce plan, signé par l'allocataire, l'organisme payeur maintient le service de l'allocation de logement et la verse entre les mains du bailleur, sous réserve de la reprise du paiement du loyer et de la bonne exécution du plan d'apurement.

A défaut de réception du plan d'apurement dans le délai fixé et après mise en demeure du bailleur, l'organisme payeur peut soit suspendre le droit à l'allocation de logement, soit saisir le dispositif d'aide mentionné au b, ci-dessous qui doit faire connaître sa décision dans un délai maximum de six mois. Il en est de même en cas de mauvaise exécution du plan d'apurement ou de constitution d'un nouvel impayé.

Toutefois, en cas de retard dans la mise en place du plan d'apurement ou de difficultés dans l'exécution de celui-ci, et dès lors que le locataire s'acquitte du paiement du loyer, l'organisme payeur peut décider le maintien du versement de l'allocation de logement.

b) Soit de saisir directement un fonds local d'aide au logement, et notamment le Fonds de solidarité pour le logement prévu à l'article 6 de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990, ou tout autre dispositif ou organisme à vocation analogue en lui demandant de lui faire connaître sa décision dans un délai maximum de douze mois.

Le bailleur, informé de cette saisine par l'organisme payeur, doit faire part de ses propositions au dispositif d'aide.

Au vu de la décision de celui-ci, l'organisme payeur maintient le service de l'allocation de logement, qu'il verse entre les mains du bailleur, sous réserve de la reprise du paiement du loyer et du respect des conditions fixées par le dispositif d'aide.

Si le dispositif d'aide n'a pas fait connaître sa décision dans le délai précité, et après mise en demeure, l'organisme payeur suspend le droit à l'allocation de logement. Il en est de même en cas de non-respect des conditions fixées par le dispositif ou de constitution d'un nouvel impayé.

c) L'exécution régulière du plan d'apurement est vérifiée tous les douze mois par l'organisme payeur.

## **Article R831-21-2**

Au terme du plan d'apurement, le versement de l'allocation de logement à l'allocataire est repris si celui-ci est à jour vis-à-vis de son bailleur.

## **Article R831-21-3**

Il appartient à l'organisme payeur de décider du délai durant lequel l'allocation de logement peut être versée au bailleur ou au prêteur en application du 3° du deuxième alinéa de l'article L. 835-2.

## **Article R831-21-4**

Lorsque l'allocation de logement est versée au bailleur en application des 1° et 2° du deuxième alinéa de l'article L. 835-2 et des e et g du 1° du I de l'article 31 du code général des impôts et que l'allocataire ne règle pas la part de dépense de logement restant à sa charge, le bailleur doit, dans un délai de trois mois après la constitution de l'impayé au sens de l'article R. 831-21 (III), porter la situation de l'allocataire défaillant à la connaissance de l'organisme payeur.

Si le bailleur ne saisit pas l'organisme payeur dans le délai susmentionné, il doit rembourser à celui-ci l'allocation de logement versée depuis la défaillance de l'allocataire jusqu'à la saisine éventuelle de l'organisme payeur.

Le versement de l'allocation de logement est maintenu, sur décision de l'organisme payeur, pendant la durée fixée en application de l'article R. 831-21-3.

Pendant cette période, et compte tenu de la situation du bénéficiaire, l'organisme payeur décide :

a) Soit de renvoyer le dossier au bailleur aux fins de mettre en place dans un délai maximum de six mois un plan d'apurement de la dette :

Sur présentation par le bailleur dudit plan signé par l'allocataire, l'organisme payeur maintient le service de l'allocation de logement, sous réserve de la reprise du paiement du loyer et de la bonne exécution du plan d'apurement.

A défaut de réception du plan d'apurement dans le délai fixé et après mise en demeure du bailleur, l'organisme payeur peut soit suspendre le droit à l'allocation de logement, soit saisir le dispositif d'aide mentionné au b ci-dessous, qui doit faire connaître sa décision dans un délai maximum de six mois. Il en est de même en cas de mauvaise exécution du plan d'apurement ou de constitution d'un nouvel impayé.

Toutefois, en cas de retard dans la mise en place du plan d'apurement ou de difficultés dans l'exécution de celui-ci, et dès lors que le locataire s'acquitte du paiement du loyer, l'organisme payeur peut décider le maintien du versement de l'allocation de logement.

b) Soit de saisir directement un fonds local d'aide au logement et notamment le fonds de solidarité pour le logement prévu à l'article 6 de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 ou tout autre dispositif ou organisme à vocation analogue en lui demandant de faire connaître sa décision à l'organisme payeur dans un délai maximum de douze mois.

Le bailleur, informé de cette saisine par l'organisme payeur, doit faire part de ses propositions au dispositif d'aide susmentionné.

Au vu de la décision de celui-ci, l'organisme payeur maintient le service de l'allocation de logement, sous réserve de la reprise du paiement du loyer et du respect des conditions fixées par le dispositif d'aide.

Si le fonds ou l'organisme mentionné au b ci-dessus n'a pas fait connaître sa décision dans le délai précité, et après mise en demeure, l'organisme payeur suspend le droit à l'allocation de logement. Il en est de même en cas de non-respect des conditions fixées par le dispositif ou de constitution d'un nouvel impayé.

c) L'exécution régulière du plan d'apurement est vérifiée tous les douze mois par l'organisme payeur.

### **Article R831-21-5**

Lorsqu'une procédure de surendettement a été engagée, préalablement ou parallèlement à l'engagement des procédures prévues aux articles R. 831-21-1 et R. 831-21-4, le versement de l'aide est maintenu pendant le délai prévu pour l'orientation du dossier de surendettement. A réception du plan conventionnel de redressement, l'organisme payeur maintient le versement de l'allocation de logement sous réserve de la reprise du paiement du loyer ou de l'échéance d'emprunt et du respect des conditions prévues par la commission de surendettement.

### **Article R831-21-6**

Pour le rétablissement du versement de l'allocation de logement, la signature du protocole d'accord, conclu en application de l'article L. 442-6-5 et du septième alinéa de l'article L. 442-8-2 du code de la construction et de l'habitation, est subordonnée à l'approbation préalable du plan d'apurement par l'organisme payeur.

L'organisme payeur fixe les modalités du versement du rappel de l'aide pendant la période comprise entre l'interruption du versement par l'organisme payeur et la signature du protocole.

Ces modalités doivent tenir compte de la situation financière du bénéficiaire et du plan de résorption de la dette établi avec le bailleur. A ce titre, l'organisme payeur décide du versement du rappel d'aide :

- soit en une seule fois si le montant du rappel ou de la dette sont peu élevés ;

- soit par versements semestriels échelonnés sur la durée du plan d'apurement et sous réserve de sa bonne exécution. Dans ce cas, le premier versement est effectué trois mois après la reprise du paiement par l'occupant des échéances prévues par le protocole.

En cas de non-respect par l'occupant des engagements contenus dans le protocole, le bailleur est tenu d'en informer l'organisme payeur qui suspend le versement du rappel.

L'organisme payeur maintient l'allocation de logement pendant une durée qui ne peut excéder six mois pour permettre la négociation d'un nouveau plan d'apurement entre le bailleur et l'occupant. Ce nouveau plan d'apurement fait l'objet d'un avenant au protocole, la durée totale de ce dernier ne

pouvant être supérieure à cinq ans. Si l'organisme payeur ne reçoit pas le plan d'apurement dans le délai précité, ou s'il ne l'approuve pas, le versement de l'aide est suspendu.

### **Section 3 : Dispositions spéciales aux accédants à la propriété.**

#### **Article R831-22**

L'allocation de logement est accordée au titre de la résidence principale :

1°) aux personnes propriétaires du logement pendant la période au cours de laquelle elles se libèrent de la dette contractée pour accéder à la propriété dudit logement et, le cas échéant, de celle contractée en même temps pour effectuer des travaux destinés à permettre l'ouverture du droit à l'allocation de logement ;

2° Aux personnes qui se libèrent d'une dette contractée en vue d'effectuer des travaux figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 321-15 du code de la construction et de l'habitation ;

3°) aux personnes qui ont souscrit un contrat de location-attribution ;

4°) aux personnes qui se libèrent d'une dette contractée en vue soit d'agrandir leur logement, soit d'aménager à usage de logement des locaux non destinés à l'habitation lorsque ces travaux répondent aux normes techniques imposées pour le bénéfice des prêts conventionnés mentionnés à l'article R. 331-63 du code de la construction et de l'habitation.

#### **Article R831-23**

Sont seuls pris en considération par les organismes payeurs pour le calcul de l'allocation de logement sous déduction des primes ou bonifications :

1°) les charges d'intérêts et d'amortissement et les charges accessoires au principal de la dette, afférentes aux emprunts contractés en vue de l'accession à la propriété d'un logement et qui ont fait, pour chacun d'entre eux, l'objet d'un certificat daté, notifié au demandeur par les organismes prêteurs précisant les modalités et la périodicité des paiements et présenté à l'appui de la demande d'allocation de logement ;

2° Les charges d'intérêts et d'amortissements et les charges accessoires afférentes aux emprunts substitués à ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus, dans la limite des sommes restant dues en capital sur le montant du premier prêt ;

3°) les charges afférentes au paiement de tout ou partie du prix d'achat ou ayant pour objet de financer les dépenses indispensables à la délivrance du certificat de conformité dans les conditions prévues au 1° ci-dessus ;

4°) le versement des primes de l'assurance-vie contractée par le bénéficiaire en garantie de l'exécution des engagements souscrits.

## **Article R831-24**

Ne sont notamment pas pris en considération par les organismes payeurs de l'allocation de logement \*calcul\* :

1°) les remboursements effectués par le bénéficiaire en anticipation des obligations résultant des contrats de prêts qu'il a souscrits ;

2°) (abrogé)

3°) les prêts constituant une obligation au porteur.

Toutefois, peuvent être pris en considération les prêts au logement consentis par les banques ou établissements financiers et en représentation desquels des billets à ordre ont été créés en vue d'une mobilisation éventuelle de la créance, dès lors que dans le contrat de prêt lui-même le créancier et le débiteur sont expressément désignés et que les paiements sont effectifs.

## **Article R831-25**

Sous réserve des dispositions de l'article R. 831-16, à défaut de paiement total ou partiel des sommes définies à l'article R. 831-23, le prêteur peut obtenir de l'organisme payeur le versement entre ses mains de l'allocation de logement au lieu et place de l'allocataire dans les conditions fixées par les articles R. 831-21, R. 831-21-1, R. 831-21-2 et R. 831-21-3.

Lorsque l'allocation de logement est versée au prêteur en application du 2° du deuxième alinéa de l'article L. 835-2 et que l'allocataire ne règle pas la part de dépense de logement restant à sa charge, il est fait application des dispositions de l'article R. 831-21-4.

## **Chapitre 2 : Conditions particulières aux personnes âgées et aux personnes atteintes d'une infirmité.**

### **Article R832-2**

La condition de superficie prévue au premier alinéa de l'article R. 831-13-1 est réputée remplie en ce qui concerne les personnes qui occupent un logement aménagé de manière à constituer une unité d'habitation autonome et situé dans un foyer doté de services collectifs.

Les dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article R. 831-13-1 ne sont pas applicables aux personnes résidant dans une maison de retraite ou hébergées dans les unités et centres de long séjour relevant de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, celles-ci doivent disposer d'une chambre d'au moins 9 mètres carrés pour une personne seule et de 16 mètres carrés pour deux personnes. Le droit à l'allocation de logement n'est pas ouvert si la chambre est occupée par plus de deux personnes. Les personnes ou les ménages bénéficiaires de l'allocation de logement et qui s'en trouveraient exclus par application des présentes normes continueront à en bénéficier, pour le même local, dans la limite des dérogations qui leur avaient été accordées avant le 1er juillet 1978.

Les caractéristiques des locaux affectés aux personnes hébergées en application des articles L. 441-1 à L. 443-12 du code de l'action sociale et des familles sont celles qui sont fixées par l'article R. 831-13 et par le premier alinéa de l'article R. 831-13-1 et sont compatibles avec les contraintes liées à l'âge ou au handicap de ces personnes.

### **Chapitre 3 : Conditions particulières aux personnes résidant dans des logements-foyers de jeunes travailleurs**

#### **Article R833-4**

Les conditions prévues aux articles R. 831-1 et R. 833-13-1 sont réputées remplies lorsque le bénéficiaire occupe un des logements-foyers construits en application de la loi n° 57-908 du 7 août 1957, et notamment du § III de son article 12 relatif aux logements-foyers.

### **Chapitre 4 : Fonds national d'aide au logement - Dispositions financières**

#### **Article R834-1**

Le financement de l'allocation de logement prévue à l'article L. 831-1 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 selon les modalités précisées aux articles R. 351-33 à R. 351-45 du même code.

Le contentieux du recouvrement des cotisations et celui du service des prestations sont de la compétence des organismes mentionnés respectivement aux articles R. 834-7 à R. 834-10 inclus et à l'article R. 834-14.

#### **Article R834-1-1**

Pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 834-1, l'effectif de l'entreprise calculé au 31 décembre, tous établissements confondus, est égal à la moyenne des effectifs déterminés chaque mois de l'année civile.

Pour la détermination des effectifs du mois, il est tenu compte des salariés titulaires d'un contrat de travail le dernier jour de chaque mois, y compris les salariés absents, conformément aux dispositions des articles L. 1111-2, L. 1111-3 et L. 1251-54 du code du travail.

Pour une entreprise créée en cours d'année, l'effectif est apprécié à la date de sa création. Au titre de l'année suivante, l'effectif de cette entreprise est apprécié dans les conditions définies aux deux alinéas précédents, en fonction de la moyenne des effectifs de chacun des mois d'existence de la première année.

Pour la détermination de la moyenne mentionnée aux premier et troisième alinéas, les mois au cours desquels aucun salarié n'est employé ne sont pas pris en compte.

## **Section 2 : Dispositions financières**

### **Sous-section 1 : Recouvrement des cotisations.**

#### **Article R834-7**

La cotisation relative à l'allocation de logement prévue aux articles L. 831-1 et suivants est due par toute personne physique ou morale employant un ou plusieurs salariés relevant soit des professions non-agricoles, soit des professions agricoles.

Cette cotisation est calculée sur les rémunérations versées aux travailleurs salariés ou assimilés dans la limite du plafond prévu pour la fixation du montant des cotisations d'accidents du travail, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse. Le taux de cette cotisation est fixé à 0,10 % des rémunérations définies ci-dessus.

La cotisation est, sous réserve des dispositions de l'article R. 834-9, recouvrée, pour le compte du fonds national d'aide au logement mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation, par les organismes ou services chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou d'assurances sociales agricoles.

#### **Article R834-8**

Les employeurs qui emploient du personnel relevant du régime général de sécurité sociale sont, sous réserve des dispositions de l'article R. 834-9, soumis, pour le versement de la cotisation relative à l'allocation de logement, aux règles applicables aux cotisations de sécurité sociale, pour tout ce qui concerne la liquidation, le paiement, le recouvrement, le contrôle et le contentieux.



## **Article R834-9**

Les employeurs qui emploient du personnel relevant d'un régime spécial de sécurité sociale mentionné à l'article L. 711-1 sont soumis aux règles suivantes :

1°) dans le cas où les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent déjà le recouvrement de la part patronale de l'une des cotisations de sécurité sociale ou d'allocations familiales versées du chef de ces salariés, le recouvrement de la cotisation relative à l'allocation de logement incombe auxdits organismes. Les règles mentionnées à l'article R. 834-8, concernant les cotisations du régime général de sécurité sociale, sont alors applicables aux versements de la cotisation relative à l'allocation de logement ;

2°) dans les cas autres que ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus, l'organisme ou service chargé du recouvrement de la cotisation patronale affectée à l'assurance maladie du régime spécial auquel sont assujettis le ou les salariés intéressés, assure également celui de la cotisation relative à l'allocation de logement. Cet organisme ou service applique au versement de cette cotisation les règles relatives aux cotisations d'assurance maladie qu'il recouvre pour les opérations de liquidation, de paiement, de recouvrement, de contrôle et de contentieux qui en résultent.

## **Article R834-10**

Les employeurs qui emploient du personnel relevant du régime des assurances sociales agricoles et qui sont assujettis de ce fait aux caisses de mutualité sociale agricole sont soumis, pour le versement de la cotisation relative à l'allocation de logement, aux règles applicables aux cotisations d'assurances sociales agricoles, pour tout ce qui concerne la liquidation, le paiement, le recouvrement, le contrôle et le contentieux.

## **Article R834-11**

Les cotisations relatives à l'allocation de logement sont mises en recouvrement en même temps et dans les mêmes conditions que les cotisations de sécurité sociale ou d'assurances sociales agricoles. Elles sont exigibles à la même date que lesdites cotisations et donnent lieu, en cas de défaut de paiement dans les délais prescrits, aux majorations de retard.

Ces majorations peuvent faire l'objet d'une remise dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux cotisations de sécurité sociale ou d'assurances sociales agricoles.

## **Article R834-12**

Lorsque le règlement d'un redevable est inférieur à sa dette globale, le montant de ce règlement est affecté, par priorité, aux cotisations de sécurité sociale ou d'assurances sociales agricoles.

## **Article R834-13**

Au plus tard à la fin du premier trimestre de chaque année, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale fait connaître au Fonds national d'aide au logement mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation :

1° Après déduction d'une retenue pour frais de recouvrement, le montant du produit effectivement encaissé durant l'année précédente et le montant prévisionnel du produit attendu pour l'année au titre des prélèvements mis à la charge des employeurs mentionnés au b de l'article L. 351-7 du code de la construction et de l'habitation ;

2° Le montant du produit effectivement encaissé durant l'année précédente et le montant prévisionnel du produit attendu pour l'année au titre des recettes mentionnées au d de l'article L. 351-7 du code de la construction et de l'habitation.

Dans les mêmes délais, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole fait connaître au Fonds national d'aide au logement le montant du produit effectivement encaissé durant l'année précédente, après déduction d'une retenue pour frais de recouvrement, et le montant prévisionnel du produit attendu pour l'année au titre des prélèvements mis à la charge des employeurs relevant du régime agricole mentionnés au b de l'article L. 351-7 du code de la construction et de l'habitation.

La retenue pour frais de recouvrement prévue aux deuxième et quatrième alinéas est fixée, de façon à couvrir les dépenses assumées par chaque organisme, par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du logement, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget.

## **Article R834-13-1**

Les articles R. 834-7 (dernier alinéa), R. 834-8, R. 834-9, R. 834-11, R. 834-12 et R. 834-13 sont applicables pour le recouvrement de la contribution prévue au 2° du deuxième alinéa de l'article L. 834-1.

## **Sous-section 2 : Paiement des prestations.**

### **Article R834-14**

La liquidation et le service de l'allocation de logement prévue aux articles L. 831-1 et suivants ainsi que le service de ces prestations sont assurés par les caisses d'allocations familiales, sous réserve de l'alinéa suivant.

Lorsqu'une caisse de mutualité sociale agricole est compétente pour verser à un allocataire les prestations familiales dont il bénéficie ou serait susceptible de bénéficier, la liquidation du droit et

le service des prestations sont assurés par cet organisme.

Dans les cas prévus aux premier et deuxième alinéas ci-dessus, les dépenses de prestations ainsi que les frais administratifs s'y rapportant sont centralisés respectivement par la caisse nationale des allocations familiales ou par la caisse centrale d'allocations familiales mutuelles agricoles.

### **Article R834-16**

L'agence centrale des organismes de sécurité sociale met [\*mise\*] à la disposition des caisses d'allocations familiales les fonds nécessaires au paiement des prestations prévues aux articles L. 831-1 et suivants dans les conditions prévues en matière de dépenses de sécurité sociale par les dispositions relatives à la gestion commune de la trésorerie des organismes de sécurité sociale.

En ce qui concerne les caisses de mutualité sociale agricole, les fonds nécessaires au service des prestations qu'elles assurent en application des articles L. 831-1 et suivants sont mis à leur disposition par la caisse centrale d'allocations familiales mutuelles agricoles.

### **Article R834-18**

Les frais entraînés par le service de l'allocation de logement sont remboursés dans les conditions précisées au deuxième alinéa de l'article R. 834-13.

## **Chapitre 5 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.**

### **Article R835-1**

Le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 835-7 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget, du ministre chargé du logement et du ministre chargé de l'agriculture.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aides d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé**

#### **Titre 5 : Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aides d'accueil des gens du voyage**

##### **Chapitre 1 : Conditions générales d'attribution**

###### **Article R851-1**

1° Pour l'aide mentionnée au I de l'article L. 851-1, la demande est déposée par l'organisme auprès du préfet du département et instruite par ses services. Elle comporte un état descriptif des différentes formes d'hébergement envisagées.

2° Pour l'aide mentionnée au II de l'article L. 851-1, la demande est déposée par la commune, l'établissement public de coopération intercommunale ou la personne morale qui gère l'aire d'accueil auprès du préfet du département et instruite par ses services. Elle comporte un état descriptif de la ou des aires d'accueil à destination des gens du voyage mentionnant notamment leur aménagement, le nombre de places de caravanes telles que définies aux articles 2 et 3 du décret n° 2001-569 du 29 juin 2001 relatif aux normes techniques applicables aux aires d'accueil des gens du voyage, ainsi que les conditions de gardiennage de ces aires.

Lorsque la gestion de l'aire est confiée à une personne morale visée au II de l'article L. 851-1, une copie de la convention signée à cet effet en application du 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 doit être jointe à la demande.

###### **Article R851-2**

I. - La convention prévue au I de l'article L. 851-1 est conclue entre l'organisme et le préfet du département où sont situés les hébergements. Elle prend effet le premier jour du mois suivant sa

signature.

Elle fixe, pour chaque année civile, mois par mois, la capacité d'hébergement envisagée, en nombre et en types de logements, et le montant prévisionnel de l'aide qui en résulte.

Le montant de l'aide est liquidé chaque mois en fonction de la capacité d'hébergement effective, justifiée par l'organisme pour la totalité du mois, dans la limite du montant prévisionnel fixé par la convention.

L'aide est versée mensuellement, à terme échu, par les caisses d'allocations familiales.

II. - La convention prévue au II de l'article L. 851-1 est conclue avec le préfet du département dans lequel se situent la ou les aires d'accueil des gens du voyage. Elle prend effet le premier jour du mois suivant sa signature.

Elle fixe, pour chaque année civile, en fonction du nombre de places de caravanes effectivement disponibles mois par mois par aire d'accueil, le montant de l'aide qui en résulte.

L'aide est versée mensuellement, à terme échu, au gestionnaire de l'aire par la caisse d'allocations familiales dans la limite du montant prévisionnel fixé par la convention.

### **Article R851-3**

I. - En application du I de l'article L. 851-1, peuvent seuls faire l'objet d'une convention les hébergements comportant \*condition d'obtention\* :

1. Un poste d'eau potable et un w.-c. à proximité immédiate ;
2. Un moyen de chauffage adapté au climat.

II. - En application du II de l'article L. 851-1, peuvent seules faire l'objet d'une convention les aires d'accueil satisfaisant aux normes techniques fixées par le décret n° 2001-569 du 29 juin 2001 relatif aux normes techniques applicables aux aires d'accueil des gens du voyage.

### **Article R851-4**

L'organisme doit s'assurer que les étrangers hébergés au titre de l'aide prévue au I de l'article L. 851-1 sont en possession d'un titre de séjour en cours de validité d'une durée supérieure à trois mois ou d'un récépissé de demande de renouvellement de ce titre.

Les étrangers âgés de moins de dix-huit ans peuvent produire, à défaut d'un des documents prévus à l'alinéa précédent, soit un extrait d'acte de naissance en France, soit un visa de long séjour, soit un

certificat de contrôle médical délivré par l'Office des migrations internationales à l'issue de la procédure de regroupement familial et comportant leur nom.

## **Article R851-5**

I. - Pour chaque hébergement mentionné dans la convention prévue au I de l'article L. 851-1, le montant de l'aide mensuelle est égal à la somme d'un plafond de loyer mensuel et d'une majoration forfaitaire au titre des charges.

Les montants mensuels des plafonds de loyer et de la majoration forfaitaire sont fixés au 1er janvier de chaque année selon la capacité d'accueil dans le logement et la zone géographique, par référence aux montants définis aux articles D. 542-21 et D. 755-28, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et du logement.

II. - Pour chaque place de caravane de l'aire d'accueil mentionnée dans la convention prévue au II de l'article L. 851-1, l'aide mensuelle est égale à un montant forfaitaire fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et du logement.

## **Article R851-6**

I. - Au titre de l'aide mentionnée au I de l'article L. 851-1, avant la fin de chaque année civile, l'organisme adresse au préfet et à la caisse d'allocations familiales :

1° Un bilan d'occupation des douze derniers mois arrêté au 30 septembre ;

2° La capacité d'hébergement envisagée mois par mois, en nombre et en types de logements, pour l'année à venir ;

3° Ses comptes à la date du 30 septembre.

Au vu de ces documents, le préfet et l'organisme signent un avenant annuel à la convention, qui prend effet le 1er janvier.

L'organisme est tenu d'adresser chaque année ses comptes définitifs au préfet et à la Caisse d'allocations familiales.

II. - Au titre de l'aide mentionnée au II de l'article L. 851-1, avant la fin de chaque année civile, la commune, l'établissement public ou la personne morale adresse au préfet et à la caisse d'allocations familiales :

1° Un bilan d'occupation des places de caravanes des douze derniers mois arrêté au 30 septembre ;

2° Le nombre de places de caravanes effectivement disponibles, mois par mois, pour l'année à venir, telles que définies aux articles 2 et 3 du décret n° 2001-569 du 29 juin 2001 relatif aux normes techniques applicables aux aires d'accueil des gens du voyage ;

3° Un état arrêté à la date du 30 septembre indiquant pour les douze derniers mois l'aide versée par la caisse d'allocations familiales, le montant du droit d'usage perçu auprès des gens du voyage ainsi que les dépenses de fonctionnement et d'entretien de l'aire ;

4° Le rapport de visite mentionné à l'article 4 du décret n° 2001-569 du 29 juin 2001 relatif aux normes techniques applicables aux aires d'accueil des gens du voyage.

Le préfet et la commune, ou l'établissement public ou la personne morale peuvent signer un avenant annuel à la convention. L'avenant prend effet le 1er janvier de l'année suivante.

Aucun avenant ne peut être signé si les documents énumérés aux 1° à 4° du présent article ne sont pas produits ou si les normes fixées par le décret n° 2001-569 du 29 juin 2001 précité ne sont plus respectées.

## **Article R851-7**

I. - La convention prévue au I de l'article L. 851-1 peut être résiliée par l'une des deux parties avec un préavis de trois mois.

Toutefois, en cas de méconnaissance des finalités de l'aide au logement des personnes défavorisées, ou en l'absence de production des documents mentionnés à l'article R. 851-6, le préfet peut résilier la convention dans le délai d'un mois après une mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception \*condition de forme\*.

Dans tous les cas, le versement de l'aide cesse à compter du premier jour du mois suivant celui de la résiliation.

II. - La convention prévue au II de l'article L. 851-1 peut être résiliée par l'une des deux parties avec un préavis de trois mois.

Toutefois, en cas de non-respect des normes définies par le décret n° 2001-569 du 29 juin 2001 relatif aux normes techniques applicables aux aires d'accueil des gens du voyage, le préfet peut résilier la convention dans le délai d'un mois après une mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception.

Le versement de l'aide cesse à compter du premier jour du mois suivant celui de la résiliation.

## **Chapitre 2 : Dispositions financières**

## **Article R852-1**

Le financement des aides définies à l'article L. 851-1 est assuré par une contribution des régimes de prestations familiales et par une contribution de l'Etat, fixées en fonction des caractéristiques des personnes accueillies par les associations, selon une répartition déterminée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget, du ministre chargé de l'action sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

## **Article R852-2**

Les dépenses occasionnées aux caisses d'allocations familiales par la gestion des aides définies à l'article L. 851-1 sont remboursées par une contribution de l'Etat et de la caisse centrale de mutualité sociale agricole à concurrence d'un montant égal à un pourcentage des contributions dues par ceux-ci au titre de l'article R. 852-1. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, de l'action sociale et de l'agriculture.

## **Article R852-3**

La Caisse nationale des allocations familiales fait connaître à l'Etat au titre des aides prévues à l'article L. 851-1 :

1° Au cours de chaque mois, le montant des aides versées pendant le mois précédent ;

2° Au cours du premier trimestre de chaque année, le montant total des aides versées au cours de l'année précédente et des frais administratifs exposés pendant la même période.

Une ventilation des dépenses est effectuée entre celles qui relèvent du I et celles qui relèvent du II de l'article L. 851-1.



## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

**Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aides d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé**

**Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et crédit d'impôt**

**Chapitre 1er : Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé**

**Section 1 : Dispositions relatives à la résidence.**

### **Article R861-1**

I.-Les dispositions de l'article R. 380-1 relatives à la condition de résidence sont applicables au droit de la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1.

II.-Le délai de trois mois prévu au premier alinéa de l'article R. 380-1 n'est pas opposable :

-aux personnes affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer, dont elles peuvent attester par tout moyen qu'elle doit excéder une durée de trois mois ;

-aux personnes inscrites à un stage de formation professionnelle au sens du livre IX du code du travail pour une durée supérieure à trois mois ;

-aux bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 821-1 ;

-aux bénéficiaires des revenus de remplacement prévus à l'article L. 351-2 du code du travail.

## **Section 2 : Dispositions relatives aux ressources.**

### **Sous-section 1 : Dispositions communes.**

#### **Article R861-2**

Le foyer mentionné à l'article L. 861-1 se compose de l'auteur de la demande de protection complémentaire en matière de santé, ainsi que, le cas échéant, de son conjoint ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité lorsqu'ils sont soumis à une imposition commune, de son concubin, des personnes suivantes, considérées comme étant à charge, si elles sont à la charge réelle et continue du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité :

1° Les enfants et les autres personnes, âgés de moins de vingt-cinq ans à la date du dépôt de la demande, rattachés au foyer fiscal du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

2° Les enfants du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité âgés de moins de vingt-cinq ans à la date du dépôt de la demande, vivant sous le même toit que le demandeur et ayant établi une déclaration au titre de l'impôt sur le revenu en leur nom propre ;

3° Les enfants majeurs du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité âgés de moins de vingt-cinq ans à la date du dépôt de la demande et qui reçoivent une pension faisant l'objet d'une déduction fiscale prévue à l'article 80 septies du code général des impôts, et dont le versement ne fait pas suite à une décision judiciaire.

Les enfants mineurs en résidence alternée au domicile de chacun de leurs parents en application de l'article 373-2-9 du code civil sont considérés à la charge réelle et continue de leurs deux parents ou à la charge réelle et continue de l'un d'entre eux en fonction de leur rattachement fiscal au titre des dispositions du quatrième alinéa du I de l'article 194 du code général des impôts.

L'imposition commune du conjoint ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, le rattachement prévu au 1° et à l'alinéa précédent, la déclaration prévue au 2° et la pension mentionnée au 3° sont pris en compte conformément au dernier avis d'imposition ou de non-imposition, ou de la dernière déclaration effectuée au titre de l'impôt sur le revenu si celle-ci est plus récente. Toutefois, le rattachement au foyer du concubin s'apprécie à la date du dépôt de la demande de protection complémentaire en matière de santé.

#### **Article R861-3**

Le plafond de ressources prévu à l'article L. 861-1 est majoré :

1° De 50 % au titre de la deuxième personne membre du foyer tel que défini à l'article R. 861-2 ;

2° De 30 % au titre de la troisième et de la quatrième personnes ;

3° De 40 % par personne supplémentaire à compter de la cinquième personne.

Les taux sont réduits de moitié pour les enfants mineurs en résidence alternée au domicile de chacun des parents lorsqu'ils sont réputés à la charge égale de l'un ou de l'autre parent en application du quatrième alinéa du I de l'article 194 du code général des impôts.

Pour l'application du présent article, le rang des personnes membres du foyer est déterminé en fonction de la composition du foyer considéré dans l'ordre décroissant suivant :

1° Le conjoint ou concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

2° Les enfants et autres personnes mentionnés aux deuxième à quatrième alinéas (1° à 3°) de l'article R. 861-2, par ordre décroissant d'âge.

#### **Article R861-4**

Les ressources prises en compte pour la détermination du droit au bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé comprennent, sous les réserves et selon les modalités de calcul ci-après, l'ensemble des ressources nettes de prélèvements sociaux obligatoires, de contribution sociale généralisée et de contributions pour le remboursement de la dette sociale, de quelque nature qu'elles soient, des personnes composant le foyer, tel qu'il est défini à l'article R. 861-2, y compris les avantages en nature et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers et par des capitaux.

#### **Article R861-5**

Les avantages en nature procurés par un logement occupé soit par son propriétaire ne bénéficiant pas d'aide personnelle au logement, soit, à titre gratuit, par les membres du foyer du demandeur sont évalués mensuellement et de manière forfaitaire :

1° A 12 % du montant forfaitaire prévu au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles fixé pour un allocataire lorsque le foyer se compose d'une personne ;

2° A 14 % du montant forfaitaire prévu au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles fixé pour deux personnes lorsque le foyer se compose de deux personnes ;

3° A 14 % du montant forfaitaire prévu au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles fixé pour trois personnes lorsque le foyer se compose de trois personnes ou plus.

#### **Article R861-6**

Pour l'appréciation des ressources, les biens non productifs de revenu sont considérés comme procurant un revenu annuel égal à 50 % de leur valeur locative telle que définie aux articles 1494 à 1508 et 1516 à 1518 B du code général des impôts s'il s'agit d'immeubles bâtis, à 80 % de la valeur locative telle que définie aux articles 1509 à 1518 A du code général des impôts s'il s'agit de terrains

non bâtis, et à 3 % du montant des capitaux.

L'alinéa précédent ne s'applique pas aux avantages mentionnés à l'article R. 861-5.

Le revenu procuré par les immeubles bâtis et terrains non bâtis, situés sur un territoire dans lequel aucune valeur locative n'est applicable ou ne peut être connue, est déterminé en appliquant les pourcentages fixés au premier alinéa à la valeur locative de la résidence principale du demandeur.

### **Article R861-6-1**

Sous réserve des dispositions de l'article R. 861-10, les avantages en nature autres que ceux prévus à l'article R. 861-5 et les libéralités servis par des tiers sont pris en compte lorsqu'ils excèdent 7 % du plafond prévu à l'article L. 861-1 pour une personne seule.

### **Article R861-7**

Les aides personnelles au logement instituées par les articles L. 542-1, L. 755-21 et L. 831-1 du présent code et l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation ne sont incluses dans les ressources qu'à concurrence d'un forfait égal à :

1° 12 % du montant forfaitaire prévu au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles applicable à un foyer composé d'une seule personne, lorsque le foyer est composé d'une personne ;

2° 16 % du montant forfaitaire prévu au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles applicable à un foyer composé de deux personnes, lorsque le foyer est composé de deux personnes ;

3° 16,5 % du montant forfaitaire prévu au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles applicable à un foyer composé de trois personnes, lorsque le foyer est composé d'au moins trois personnes.

### **Article R861-8**

Les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues au cours de la période des douze mois civils précédant la demande, sous réserve des dispositions des articles R. 861-11, R. 861-14 et R. 861-15.

Les rémunérations d'activité perçues par toute personne mentionnée à l'article R. 861-2 pendant la période de référence sont affectées d'un abattement de 30 % :

1° Si l'intéressé justifie d'une interruption de travail supérieure à six mois dans les conditions mentionnées à l'article R. 324-1 ;

2° S'il se trouve en chômage total et perçoit l'allocation d'assurance prévue à l'article L. 351-3 du code du travail ou s'il se trouve en chômage partiel et perçoit l'allocation spécifique prévue à l'article L. 351-25 du même code ; la rémunération perçue par les personnes relevant des conventions conclues en application du deuxième alinéa de l'article L. 961-1 du même code est assimilée, pendant la durée de la formation et pour l'application de l'abattement précité, à l'allocation de chômage à laquelle elle s'est substituée lors de l'entrée en formation ;

- 3° S'il perçoit l'allocation d'insertion prévue à l'article L. 351-9 du code du travail ;
- 4° S'il perçoit l'allocation de solidarité spécifique prévue à l'article L. 351-10 du code du travail ;
- 5° S'il est sans emploi et perçoit une rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle.

Il n'est pas tenu compte des rémunérations de stages de formation professionnelle légales, réglementaires ou conventionnelles perçues pendant l'année de référence lorsque l'intéressé justifie que la perception de celles-ci est interrompue de manière certaine et qu'il ne peut prétendre à un revenu de substitution.

## **Article R861-9**

Sont déduites des ressources les charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires.

## **Article R861-10**

Ne sont pas prises en compte dans les ressources les prestations suivantes :

- 1° L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments institués par les articles L. 541-1 et L. 755-20 ;
- 2° L'allocation de rentrée scolaire instituée par les articles L. 543-1 et L. 755-22 ;
- 3° Les primes de déménagement instituées par les articles L. 542-8 et L. 755-21 du présent code et par l'article L. 351-5 du code de la construction et de l'habitation ;
- 4° Les majorations pour tierce personne ainsi que la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, l'allocation compensatrice prévue au chapitre V du titre IV du livre II du même code dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 du même code ;
- 5° Les prestations en nature dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité ou de l'assurance accident du travail ;
- 6° Les indemnités complémentaires et allocations de remplacement instituées par les articles L. 613-19-1, L. 613-19-2, L. 722-8-1 et L. 722-8-3 et par les articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime ;
- 7° L'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail prévue à l'article L. 434-1 ;
- 8° La prime de rééducation et le prêt d'honneur mentionnés à l'article R. 432-10 et à l'article L. 751-8 du code rural et de la pêche maritime et à l'article R. 751-40 du code rural et de la pêche maritime ;
- 9° La prestation d'accueil du jeune enfant mentionnée aux articles L. 531-1 et L. 755-19, à

l'exception du complément de libre choix d'activité ;

10° Les aides et secours financiers versés par des organismes à vocation sociale dont le montant ou la périodicité n'ont pas de caractère régulier ainsi que les aides et secours affectés à des dépenses concourant à l'insertion du bénéficiaire et de sa famille notamment dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation ;

11° Les bourses d'études des enfants mentionnés à l'article R. 861-2, sauf les bourses de l'enseignement supérieur ;

12° Les frais funéraires mentionnés à l'article L. 435-1 et aux articles L. 751-8 et L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime ;

13° Le capital-décès servi par un régime de sécurité sociale ;

14° L'allocation du fonds de solidarité en faveur des anciens combattants d'Afrique du Nord créée par l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) ;

15° L'aide spécifique en faveur des conjoints survivants des membres des formations supplétives instituée aux premier et troisième alinéas de l'article 10 de la loi n° 94-488 du 11 juin 1994 ;

16° Les indemnités et prestations versées aux volontaires en service civique en application de l'article L. 120-21 du code du service national ;

17° Le revenu minimum d'insertion prévu à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion et le revenu supplémentaire temporaire d'activité prévu par le décret n° 2009-602 du 27 mai 2009.

## **Sous-section 2 : Dispositions particulières applicables aux travailleurs non salariés.**

### **Article R861-11**

Sont admises d'office à l'examen des droits à l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé les demandes présentées par les personnes relevant de l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires agricoles qui, au cours des périodes de référence prévue à l'article 1003-12 du code rural, ont été soumises au régime prévu aux articles 64 et 76 du code général des impôts et qui mettent en valeur une exploitation pour laquelle le dernier bénéficiaire agricole forfaitaire connu n'excède pas 1 030 fois le montant du salaire minimum interprofessionnel de croissance en vigueur au cours de l'année de la demande.

Sont également admises d'office, sous réserve des dispositions de l'article R. 861-2, les demandes présentées à titre personnel, par les aides familiaux, au sens du 2° du I de l'article 1106-1 du code rural, s'ils participent à la mise en valeur d'une exploitation pour laquelle les conditions de revenu professionnel mentionnées au premier alinéa du présent article sont remplies.

### **Article R861-12**

Sont admises d'office à l'examen des droits à l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé les demandes présentées par les personnes relevant de l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux ou des bénéficiaires non commerciaux si, au cours de la période de référence qui résulte de l'application des articles R. 861-14 et R. 861-15, leur dernier chiffre d'affaires hors taxes annuel connu n'excède pas, selon la nature de l'activité exercée, le montant correspondant aux limites fiscales du régime des micro-entreprises.

### **Article R861-13**

Lorsque les demandes présentées par les personnes visées aux articles R. 861-11 et R. 861-12 n'ont pas été admises d'office à l'examen, les intéressés peuvent produire des éléments de nature à établir que les ressources de leur foyer n'excèdent pas le plafond prévu à l'article L. 861-1. Le préfet, pour tenir compte de ces éléments, fait alors procéder à l'examen de leurs droits à la protection complémentaire en matière de santé.

### **Article R861-14**

Le calcul des ressources des personnes non salariées des professions agricoles prises en compte pour leur admission au bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé prend en considération leurs revenus professionnels déterminés selon les dispositions de l'article 1003-12 du code rural.

Dans les départements d'outre-mer, le revenu professionnel est constitué par le bénéfice imposable tel qu'il ressort des derniers avis d'imposition. Toutefois, en l'absence d'imposition du demandeur de la protection complémentaire, le préfet peut, à la demande de l'intéressé et pour tenir compte de situations exceptionnelles, évaluer les revenus de celui-ci au vu des éléments d'appréciation qui lui sont fournis.

### **Article R861-15**

Le calcul des ressources des personnes non salariées des professions non agricoles prises en compte pour leur admission au bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé prend en considération leurs revenus professionnels déterminés selon les dispositions de l'article L. 131-6.

Si la demande de protection complémentaire est présentée au cours de la première année d'activité professionnelle non salariée non agricole, les revenus sont calculés sur la base de ceux de l'année civile précédant la création de l'entreprise.

Si la demande est présentée au cours des six premiers mois de la deuxième année d'activité, les revenus sont calculés sur la base d'une déclaration sur l'honneur, accompagnée des justificatifs nécessaires attestant que les revenus perçus au cours de la première année d'activité sont inférieurs

au plafond prévu à l'article L. 861-1 ou, le cas échéant, que la fraction des revenus du foyer correspondant à ceux perçus au cours de la première année au titre de l'activité non salariée non agricole ne porte pas le total des ressources du foyer au-dessus du plafond prévu à l'article L. 861-1.

Si la demande est présentée au cours des six derniers mois de la deuxième année d'activité, les revenus sont calculés sur la base de ceux de la première année d'activité.

Lorsque les revenus professionnels ne sont pas connus, ils sont évalués selon un forfait correspondant à une fraction du plafond annuel de la sécurité sociale déterminé par arrêté des ministres chargés du commerce et de l'artisanat, du budget et de la sécurité sociale.

Si l'intéressé a disposé de revenus professionnels inférieurs à ceux qui résultent de l'évaluation forfaitaire, il peut, en produisant les éléments d'appréciation nécessaires, demander au préfet de fixer le montant de ses revenus qui sera retenu.

### **Sous-section 3 : Evaluation des éléments de train de vie.**

#### **Article R861-15-1**

I.-L'évaluation forfaitaire du train de vie prévue à l'article L. 861-2-1 prend en compte les éléments et barèmes suivants :

1° Propriétés bâties détenues ou occupées par le demandeur ou le bénéficiaire : valeur locative annuelle définie aux articles 1494 à 1508 et 1516 à 1518 B du code général des impôts. Pour les propriétés situées sur un territoire dans lequel aucune valeur locative n'est applicable ou ne peut être connue, la valeur locative est celle du logement occupé par le demandeur ou le bénéficiaire ;

2° Propriétés non bâties détenues ou occupées par le demandeur ou le bénéficiaire : valeur locative annuelle définie aux articles 1509 à 1518 A du code général des impôts. Pour les propriétés situées sur un territoire dans lequel aucune valeur locative n'est applicable ou ne peut être connue, la valeur locative est celle du logement occupé par le demandeur ou le bénéficiaire ;

3° Travaux, charges et frais d'entretien des immeubles : 80 % du montant des dépenses ;

4° Personnels et services domestiques : 80 % du montant des dépenses ;

5° Automobiles, bateaux de plaisance, motocyclettes : 25 % de la valeur vénale de chaque bien lorsque celle-ci est supérieure à 10 000 euros ;

6° Appareils électroménagers, équipements son-hifi-vidéo, matériels informatiques : 80 % du montant des dépenses lorsque celles-ci sont supérieures à 1 000 euros ;

7° Objets d'art ou de collection, articles de joaillerie et métaux précieux : 3 % de leur valeur vénale ;

8° Voyages, séjours en hôtels et locations saisonnières, restaurants, frais de réception, biens et services culturels, éducatifs, de communication ou de loisirs : 80 % du montant des dépenses ;

9° Clubs de sports et de loisirs, droits de chasse : 80 % du montant des dépenses ;



10° Capitaux : 10 % du montant à la fin de la période de référence.

II.-Pour l'application du présent article :

1° Les dépenses sont celles réglées au bénéfice du foyer du demandeur ou du bénéficiaire pendant la période de référence ;

2° La valeur vénale des biens est la valeur réelle à la date de la disposition. Sont retenus notamment à fin d'évaluation, lorsqu'ils existent :

- a) Le montant garanti par le contrat d'assurance ;
- b) L'estimation particulière effectuée par un professionnel ;
- c) La référence issue d'une publication professionnelle faisant autorité.

### **Article R861-15-2**

La période de référence est celle prévue à l'article R. 861-8.

### **Article R861-15-3**

Les biens et services énumérés à l'article R. 861-15-1 ne sont pas pris en compte lorsqu'ils ont été détenus ou utilisés à usage professionnel. En cas d'usage mixte, l'évaluation est effectuée au prorata de l'utilisation à usage privé ou personnel.

### **Article R861-15-4**

Lorsqu'il est envisagé de faire usage de la procédure prévue à l'article L. 861-2-1, l'organisme de sécurité sociale en informe le demandeur ou le bénéficiaire de la prestation, par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette lettre a pour objet :

1° De l'informer de l'objet de la procédure engagée, de son déroulement, de ses conséquences, de sa possibilité de demander à être entendu et à être assisté, lors de cet entretien, du conseil de son choix, des sanctions applicables en cas de déclarations fausses ou incomplètes et de ce que le résultat de cette évaluation sera transmis aux autres organismes de sécurité sociale qui lui attribuent, le cas échéant, des prestations sous conditions de ressources ;

2° De l'inviter à renvoyer, dans un délai de trente jours, le questionnaire adressé par l'organisme visant à évaluer les différents éléments de son train de vie accompagné de toutes les pièces justificatives, en précisant qu'à défaut de réponse complète dans ce délai, les dispositions du troisième alinéa de l'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale seront appliquées.

### **Article R861-15-5**

Si le montant du train de vie évalué forfaitairement en application de l'article R. 861-15-1 est supérieur ou égal à une somme correspondant au double du plafond défini, selon les cas, à l'article

L. 861-1 ou à l'article L. 863-1, augmentée des revenus perçus, pour la période de référence, au titre des prestations et rémunérations exclues en tout ou en partie, pour l'appréciation des ressources déclarées, en application des articles R. 861-8 et R. 861-10, la disproportion marquée entre le train de vie et les ressources déclarées est constatée. Dans ce cas, l'évaluation forfaitaire des éléments du train de vie est prise en compte pour la détermination du droit à la prestation.

### **Article R861-15-6**

Lorsque les ressources prises en compte selon l'évaluation forfaitaire du train de vie ne donnent pas droit à la prestation, l'attribution ou le renouvellement de la prestation n'est pas refusé en cas de circonstances exceptionnelles liées notamment à la situation économique et sociale du foyer, ou s'il est établi que la disproportion marquée a cessé. En cas de refus, la décision est notifiée au demandeur ou au bénéficiaire, par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle est motivée et indique les voies de recours dont dispose l'intéressé.

### **Article R861-15-7**

Les organismes locaux de sécurité sociale rendent compte sans délai à l'organisme national chargé de coordonner leur activité de chacune des évaluations effectuées, après suppression de tout élément d'identification des personnes concernées, en précisant :

1° Le cas échéant, si le demandeur ou le bénéficiaire a transmis une réponse à la demande d'évaluation dans le délai prescrit ;

2° Le sens de la décision prise à l'issue de l'évaluation ;

3° Les éléments de train de vie qui ont fait l'objet de l'évaluation ;

4° Le cas échéant, la nature et le montant de la sanction prononcée en cas de fraude ou de fausse déclaration.

L'organisme national mentionné au premier alinéa transmet périodiquement un bilan de ces éléments au ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Section 3 : Modalités d'attribution.**

### **Article R861-16**

I.-Pour bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 adressent à la caisse d'assurance maladie dont elles relèvent un dossier comprenant un formulaire de demande conforme à un modèle défini par arrêté ainsi que les renseignements relatifs à la composition et aux revenus du foyer, sauf si le dossier est établi par voie électronique conformément aux dispositions prévues aux A et C du I de l'article R. 262-103 et à l'article R. 262-104-1 du code de l'action sociale et des familles. La demande comporte l'indication de l'organisme mentionné à l'article L. 861-4 choisi pour assurer la protection complémentaire.

Si le demandeur ne peut produire les éléments d'appréciation relatifs aux revenus du foyer, il atteste

sur l'honneur que ces revenus ne dépassent pas le plafond prévu à l'article L. 861-1.

Les conjoints, partenaires liés par un pacte civil de solidarité et autres personnes rattachées au foyer au titre des situations prévues aux 1° ou 3° de l'article R. 861-2 peuvent, lorsque la situation ayant justifié ce rattachement prend fin, demander à bénéficier à titre personnel de la protection complémentaire en matière de santé. S'ils ne sont pas en mesure de fournir les justificatifs relatifs à leurs ressources, ils peuvent produire une déclaration sur l'honneur et les éléments d'appréciation en leur possession sur leurs revenus, en s'engageant à établir dorénavant une déclaration de revenu distincte de celle du foyer fiscal auquel ils étaient antérieurement attachés.

II.-La décision d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé est prise par le préfet du département dans lequel est situé le siège de la caisse d'affiliation du demandeur. Il peut déléguer par arrêté sa compétence aux directeurs des caisses d'assurance maladie du département.

Le préfet ou le directeur de la caisse d'assurance maladie notifie sa décision à l'intéressé dans un délai de deux mois à compter de la réception par la caisse d'assurance maladie compétente du dossier complet de demande d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé. Il délivre à chaque bénéficiaire âgé de seize ans révolus une attestation du droit à la protection complémentaire mentionnant la période d'ouverture du droit et l'adresse de l'organisme qui en assure le service.

### **Article R861-17**

Après que la décision d'attribution de la protection complémentaire a été prise conformément à l'article R. 861-16, si le bénéficiaire a choisi un organisme mentionné au b de l'article L. 861-4, la caisse d'assurance maladie à laquelle il est affilié transmet sans délai à cet organisme les renseignements relatifs au bénéficiaire et aux personnes à sa charge. Il lui indique notamment si l'une ou plusieurs de ces personnes sont des enfants mineurs en résidence alternée chez chacun de leurs parents considérés à la charge réelle et continue de leurs deux parents en application de l'avant-dernier alinéa de l'article R. 861-2.

L'organisme adresse au bénéficiaire un formulaire d'adhésion ou un contrat prévu à l'article L. 861-5 qui précise le contenu et les modalités de la prise en charge consentie au titre de la protection complémentaire en matière de santé, la date à laquelle les droits sont ouverts et à laquelle le contrat ou l'adhésion prend effet, ainsi que les conditions dans lesquelles le contrat ou l'adhésion prend fin. Ce formulaire d'adhésion ou ce contrat ne peut comporter aucune disposition afférente à d'autres garanties.

### **Article R861-18**

Le renouvellement de la protection complémentaire en matière de santé est demandé au moins deux mois avant l'expiration de la période pour laquelle elle a été attribuée, selon les modalités prévues au I de l'article R. 861-16.

Les dispositions du II de l'article R. 861-16 et de l'article R. 861-17 sont applicables à ce renouvellement.

## **Section 4 : Participation des mutuelles, institutions de prévoyance et**

# **entreprises régies par le code des assurances à la protection complémentaire en matière de santé.**

## **Article R861-19**

I.-La déclaration prévue à l'article L. 861-7 est adressée au fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1.

L'organisme qui la souscrit s'engage à accueillir et à renseigner les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 dans toutes ses implantations compétentes en matière d'assurance complémentaire de santé. La liste de ces implantations est annexée à la déclaration.

Les organismes inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 861-7 actualisent chaque année, avant le 1er novembre, les indications figurant sur la déclaration prévue au premier alinéa et la liste prévue au deuxième alinéa du présent article.

II.-Au vu de la déclaration et de la liste des implantations mentionnées aux premier et deuxième alinéas du I, le directeur du fonds inscrit l'organisme sur la liste mentionnée à l'article L. 861-7 par décision publiée au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale.

L'inscription prend effet à compter du 1er janvier si la déclaration de l'organisme a été adressée au fonds avant le 1er novembre de l'année précédente. Elle se renouvelle par tacite reconduction par année civile sous réserve d'une renonciation adressée au fonds avant le 1er novembre de l'année précédente.

Toute décision d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé emporte, pour l'organisme inscrit sur la liste, l'obligation de servir au bénéficiaire les prestations prévues à l'article L. 861-3 pendant un an à compter de la date d'effet de la décision d'attribution.

III.-Le fonds met à disposition du public sur son site internet la liste des organismes participant à la protection complémentaire en matière de santé et celle des implantations qu'ils lui ont déclarées.

## **Article R861-20**

Dans les cas mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 861-7, la radiation de la liste prévue à cet article n'est prononcée par le directeur du fonds qu'après que l'organisme de protection complémentaire a été mis à même de présenter des observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, des observations orales. Il dispose à cet effet d'un délai d'un mois à compter de la notification des faits qui lui sont reprochés. Il peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix.

L'organisme qui a fait l'objet d'une radiation ne peut faire l'objet d'une nouvelle inscription sur la liste, à sa demande, avant la troisième année suivant sa radiation.

## **Article R861-21**

Lorsque l'organisme de protection complémentaire n'est plus en mesure d'honorer les clauses du

contrat ou de l'adhésion, ou lorsqu'il a été radié de la liste dans les conditions prévues à l'article R. 861-20, le service des prestations de la protection complémentaire en matière de santé est assuré, jusqu'à l'expiration de la période prévue au dernier alinéa de l'article L. 861-5, par l'organisme mentionné à l'article L. 861-6.

## **Section 5 : Remboursement des prestations versées à tort.**

### **Article R861-22**

Pour l'application de l'article L. 861-10, les organismes mentionnés à l'article L. 861-4 peuvent obtenir le remboursement des prestations de la protection complémentaire en matière de santé versées à tort en émettant à l'encontre du débiteur un avis des sommes à payer. Cet avis précise les dates des soins ou prestations effectués et les dates et les montants correspondants des versements effectués à tort. A peine de nullité, cet avis, établi en deux exemplaires, informe le débiteur qu'il peut demander la remise ou la réduction de sa dette, dans un délai d'un mois à compter de la notification de l'avis des sommes à payer. Cette demande est déposée auprès de l'organisme qui a émis l'avis des sommes à payer. Le recouvrement de la somme due ne peut intervenir pendant ce délai.

### **Article R861-23**

La demande de remise ou de réduction de dette est transmise par l'organisme mentionné à l'article R. 861-22 au préfet territorialement compétent en application de la première phrase du II de l'article R. 861-16, accompagnée du second exemplaire de l'avis des sommes à payer, dans un délai de quinze jours à compter de la réception de cette demande à peine de nullité de sa créance.

### **Article R861-24**

La décision du préfet mentionné à l'article R. 861-23 est notifiée au débiteur et à l'organisme qui a émis l'avis des sommes à payer en application de l'article R. 861-22. La décision mentionne le montant de la somme due et, le cas échéant, le montant de la remise ou réduction accordée.

### **Article R861-25**

La dette restant à la charge du débiteur mentionné à l'article R. 861-22 peut être remboursée selon un échéancier établi par l'organisme qui a émis l'avis des sommes à payer.

### **Article R861-26**

La décision de remise ou de réduction de dette éteint la créance ou fraction de créance correspondante de l'organisme qui a émis l'avis des sommes à payer à l'encontre du débiteur. Si cette créance est consécutive au retrait ou à l'annulation contentieuse de la décision d'attribution de

la protection complémentaire en matière de santé, les versements effectués au titre du a de l'article L. 862-2, ainsi que les déductions antérieurement déclarées par l'organisme en application du 2° du I de l'article R. 862-11, se rapportant à la personne et aux périodes concernées, restent acquis à l'organisme concerné.

## **Section 6 : Pénalités.**

### **Article R861-27**

Les dispositions de la section 2 et des sous-sections 1 et 2 de la section 1 du chapitre VII du titre IV du livre Ier sont applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé.

Les dispositions de la section 2 et des sous-sections 1, 4, 5 et 6 de la section 1 du chapitre VII du titre IV du livre Ier sont applicables aux 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, recevant des bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé ou leur servant des prestations.

### **Article R861-29**

Lorsque la pénalité financière est prononcée au titre du premier alinéa de l'article R. 861-27, la notification de payer mentionne que la dette doit être réglée dans un délai d'un mois et qu'un échelonnement du paiement peut être accordé, sur une durée maximale de douze mois, sur demande motivée de l'intéressé.

## **Chapitre 2 : Dispositions relatives à l'organisation et à la gestion du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie**

### **Section 1 : Dispositions relatives à l'organisation et à la gestion du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie**

#### **Sous-section 1 : Dispositions relatives à l'organisation et à la gestion budgétaire et comptable du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie**

### **Article R862-1**

Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie est placé sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du

budget.

## **Article R862-2**

Le conseil d'administration du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie comprend sept membres :

1° Le président ;

2° Trois représentants du ministre chargé de la sécurité sociale ;

3° Deux représentants du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l'économie.

Le président est nommé, pour une période de cinq ans renouvelable, par décret pris sur proposition du ministre chargé de la sécurité sociale. Les autres membres du conseil d'administration sont nommés pour la même durée, renouvelable, par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Les fonctions de président et administrateur sont exercées à titre gratuit. Elles ouvrent droit aux indemnités et frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

## **Article R862-3**

Le conseil d'administration se réunit au moins deux fois par an 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.

Les délibérations du conseil d'administration sont adoptées à la majorité simple des membres présents.

En cas de partage égal des voix au sein du conseil d'administration, la voix du président est prépondérante.

Le directeur, le membre du corps du contrôle général économique et financier et l'agent comptable assistent avec voix consultative aux délibérations du conseil.

## **Article R862-4**

Le conseil d'administration a pour rôle :

1° D'adopter le budget du fonds de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie ;

2° D'approuver le compte financier et le rapport annuel d'activité ;

3° De proposer au Gouvernement toutes mesures tendant à maintenir l'équilibre financier du fonds ;

4° D'accepter les dons et legs ;

5° D'autoriser le directeur à passer les conventions prévues à l'article R. 862-11, qui lui sont soumises par celui-ci.

Les procès-verbaux des séances du conseil d'administration sont communiqués au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget dans les quinze jours qui suivent la réunion du conseil.

### **Article R862-5**

Les délibérations du conseil d'administration portant sur les 1° et 2° de l'article R. 862-4 ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Les autres délibérations sont exécutoires à l'expiration du délai de vingt jours suivant la date de réception des procès-verbaux, par les ministres de tutelle à moins qu'ils n'aient fait connaître, dans ce délai, leur refus d'approuver ces délibérations.

Les ministres de tutelle peuvent, par décision notifiée avant l'expiration du délai, décider de renouveler celui-ci pour une durée de vingt jours, qui court à compter de la date de notification de la décision de renouvellement.

### **Article R862-6**

Le conseil d'administration est assisté d'un conseil de surveillance dont les membres sont désignés pour une durée de cinq ans. Ce conseil de surveillance est composé de trente membres comprenant :

1° Trois membres de l'Assemblée nationale et trois membres du Sénat ;

2° Huit représentants des organisations oeuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale et choisis



notamment au sein d'organismes exerçant une action sanitaire ou sociale ;

3° Six représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie :

a) Deux membres du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, dont le président ou son représentant ;

b) Deux membres du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés, dont le président ou son représentant ;

c) Deux membres du conseil d'administration de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, dont le président ou son représentant.

4° Dix représentants des organismes de protection sociale complémentaire, à raison de :

a) Cinq représentants des organismes mutualistes, dont trois désignés par la Fédération nationale de la mutualité française, un désigné par la Fédération des mutuelles de France et un désigné par la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles ;

b) Trois représentants des entreprises d'assurance ;

1. Deux représentants de la Fédération française des sociétés d'assurance ;

2. Un représentant du groupement des entreprises mutuelles d'assurance ;

c) Deux représentants désignés par le centre technique des institutions de prévoyance.

Un représentant du ministre chargé des affaires sociales, un représentant du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l'agriculture assistent aux réunions du conseil de surveillance.

## **Article R862-7**

Le président du conseil de surveillance est nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale parmi les parlementaires qui en sont membres.

Les fonctions de président et de membre du conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit. Les frais de déplacement sont remboursés dans les conditions prévues par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

## **Article R862-8**

Le conseil de surveillance se réunit au moins deux fois par an 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 ou par la majorité des membres du conseil.

Le conseil de surveillance est chargé d'assister le conseil d'administration dans la définition des orientations du fonds. Il donne son avis sur le rapport annuel d'activité du fonds. Le conseil d'administration peut le consulter sur toute question.

Il concourt au suivi et à l'analyse de la mise en oeuvre de la couverture maladie universelle dans ses aspects financier, sanitaire et social. Il établit à cet effet un rapport annuel transmis au conseil d'administration du fonds et au Parlement.

## **Article R862-9**

Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie est dirigé par un directeur, nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

En cas de vacance provisoire de l'emploi de directeur ou d'empêchement de celui-ci, ses fonctions sont exercées par un agent de l'établissement nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Le directeur dirige l'établissement et est responsable de son bon fonctionnement. Il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité, et notamment :

1° Il prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration, auquel il rend compte de sa gestion ;

2° Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

3° Il prépare le budget et l'exécute ;

4° Il est ordonnateur des dépenses et des recettes du fonds ;

5° Il recrute le personnel de l'établissement ;

6° Il exerce l'autorité hiérarchique sur le personnel ;

7° Il conclut au nom du fonds les marchés publics et les contrats ;

8° Il prépare les conventions prévues à l'article R. 862-11 et les signe après y avoir été autorisé par le conseil d'administration dans les conditions prévues au 5° du premier alinéa de l'article R. 862-4 ;

9° Il organise les contrôles visés à l'article R. 862-13 ;

10° Il assure le secrétariat du conseil d'administration et du conseil de surveillance.

## **Article R862-10**

Les opérations financières et comptables de l'établissement sont effectuées conformément aux dispositions du décret n° 53-1227 du 10 décembre 1953 modifié relatif à la réglementation comptable applicable aux établissements publics nationaux à caractère administratif et du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général sur la comptabilité publique. Les disponibilités de l'établissement sont déposées auprès d'un comptable du Trésor.

L'agent comptable du fonds est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Des régies de recettes et d'avances peuvent être instituées conformément aux dispositions du décret n° 92-681 du 20 juillet 1992 relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics.

Le fonds est soumis au contrôle financier de l'Etat dans les conditions prévues par le décret du 25 octobre 1935 organisant le contrôle financier des offices et des établissements publics autonomes de l'Etat.

## **Sous-section 2 : Dispositions relatives aux opérations financières exécutées par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie**

### **Article R862-11**

I. - Le fonds reçoit chaque trimestre des organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 une copie du document déclaratif défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, transmis aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général mentionnés à l'article L. 862-5, qui comporte notamment :

1° L'assiette et le montant de la contribution due par chaque organisme mentionné au I de l'article L. 862-4 ;

2° Le nombre de personnes bénéficiant, au titre de cet organisme, le dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 par application des dispositions du b de l'article L. 861-4 et le montant global de la déduction prévue à la première phrase du III de l'article L. 862-4 au titre de cette prise en charge ;

3° Le nombre de personnes ouvrant droit, au bénéfice de cet organisme, le dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil, au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 et le montant global de la déduction prévue à la deuxième phrase du III de l'article L. 862-4 au titre de ce crédit d'impôt.

II. - Les modalités de versement des dépenses prévues au a de l'article L. 862-2, notamment les montants et les dates de versement par le fonds aux organismes de sécurité sociale des acomptes représentatifs des prévisions de dépenses et de recettes prévues au a et au b de l'article L. 862-3 ainsi que les pièces ou états justificatifs à produire sont déterminés par des conventions signées respectivement entre :

a) Le fonds et les organismes de sécurité sociale bénéficiaires des versements visés au a de l'article L. 862-2 ;

b) Le fonds et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

c) Le fonds et l'Etat.

## **Article R862-12**

I. - Pour l'application du c et du d de l'article L. 862-7, le fonds reçoit des organismes visés au I de l'article L. 862-4 ou des associations prévues à l'article L. 862-8 et des organismes de sécurité sociale un état retraçant, d'une part, le montant total des prestations servies en application respectivement du b et du a de l'article L. 861-4 au cours de l'année civile de référence, d'autre part, le montant de la prise en charge de chacun des éléments suivants :

1° La participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale pour les prestations suivantes couvertes par les régimes obligatoires :

a) Les honoraires médicaux, les honoraires dentaires et les honoraires des auxiliaires médicaux ;

b) Les médicaments et les dispositifs médicaux à usage individuel ;

c) Les frais d'analyse de biologie médicale ;

d) Les frais de transport ;

2° Le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

3° Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques, les soins d'orthopédie dentofaciale ainsi que pour chacun des dispositifs médicaux à usage individuel mentionnés au 3° de l'article L. 861-3, en distinguant l'optique.

Ces documents sont envoyés au fonds au plus tard le 30 avril de l'année civile suivante. En outre, le fonds peut demander à tout moment à recevoir certaines des données visées aux 1° à 3° du premier alinéa ci-dessus.

II. - Pour l'application du d de l'article L. 862-7, le fonds reçoit des organismes de sécurité sociale un état retraçant notamment :

1° Le nombre de personnes ayant bénéficié d'une décision d'attribution au titre de la protection complémentaire au cours de l'année civile de référence et ayant choisi l'option prévue au a de l'article L. 861-4 ;

2° Le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil, 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.

Cet état est envoyé au fonds au plus tard le 30 avril de l'année civile suivante. En outre, le fonds peut à tout moment demander à recevoir certaines des données visées aux 1° et 2° du premier alinéa ci-dessus.

III. - Les organismes mentionnés à l'article L. 863-2 sont tenus de communiquer au fonds mentionné à l'article L. 862-1, sur sa demande, tous renseignements nécessaires à l'élaboration du rapport pris pour l'application de l'article L. 863-5 et tous renseignements statistiques relatifs aux bénéficiaires du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2.

Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds le nombre de personnes auxquelles elles ont attribué le droit à déduction prévu à l'article L. 863-2, leur répartition selon les tranches d'âge mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 863-1 et leur répartition géographique.

Le fonds transmet, à sa demande, les éléments mentionnés aux deux alinéas précédents au ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R862-12-1**

Pour l'application du troisième alinéa (2°) de l'article R. 862-11 et du troisième alinéa (2°) du II de l'article R. 862-12, chaque enfant mineur en résidence alternée au domicile de chacun de ses parents considéré à la charge réelle et continue de ses deux parents en application de l'avant-dernier alinéa de l'article R. 861-2 est compté pour un demi-bénéficiaire dans chacun des deux foyers au titre duquel il bénéficie, le cas échéant, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.

## **Article R862-13**

Le fonds procède aux contrôles prévus au a de l'article L. 862-7 et au dernier alinéa de l'article L. 862-8. Il contrôle le respect par les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 des obligations prévues aux articles L. 861-3 et L. 861-8.

Pour le contrôle des dépenses mentionnées au a de l'article L. 862-2, les organismes de sécurité sociale tiennent à la disposition du fonds les pièces justificatives de leur demande de versement, et notamment, pour la période s'y rapportant, d'une part le montant total des prestations servies, d'autre part les pièces justificatives de la prise en charge des bénéficiaires, mentionnant les dates d'entrée et le cas échéant de sortie du dispositif, ainsi que le montant des prestations servies pour chacun de ces bénéficiaires.

Pour le contrôle des dépenses mentionnées au b de l'article L. 862-2 et des déductions effectuées en application du III de l'article L. 862-4, les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4, ou les associations prévues à l'article L. 862-8, tiennent à la disposition du fonds les pièces justificatives de leur demande de remboursement et des déductions opérées en application du III de l'article L. 862-4. Ces pièces justificatives doivent permettre d'apprécier notamment :

1° Pour les dispositifs prévus aux articles L. 861-3 et L. 863-1 :

a) Le nombre de bénéficiaires, au dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil, de chacun des dispositifs ;

b) Pour chaque bénéficiaire, les dates d'entrée et, le cas échéant, de sortie de ces dispositifs ;

2° Pour le dispositif prévu à l'article L. 863-1, la répartition des bénéficiaires selon les tranches d'âge mentionnées au troisième alinéa de cet article.

Le délai de conservation des pièces justificatives est de trois ans.

## **Section 2 : Dispositions relatives aux associations prévues à l'article L. 862-8**

### **Article R862-14**

Les associations mentionnées à l'article L. 862-8 ont pour membres les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4, quelle que soit la localisation de leur siège.

## **Article R862-15**

Ne peuvent être élues dirigeantes d'une association :

1° Les personnes de nationalité française condamnées à une peine qui fait obstacle à leur inscription sur les listes électorales ;

2° Les personnes de nationalité étrangère condamnées à une peine qui, lorsqu'elle est prononcée contre un citoyen français, fait obstacle à son inscription sur les listes électorales.

Les administrateurs des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale ne peuvent être désignés comme dirigeants d'une association.

## **Article R862-16**

Les statuts de l'association doivent obligatoirement préciser :

1° La période minimale d'adhésion à l'association qui ne peut être inférieure à une année civile ;

2° La durée minimale de préavis applicable à tout membre souhaitant quitter l'association et qui ne peut être inférieure à trois mois ;

3° La date à laquelle les membres adressent à l'association les éléments déclaratifs nécessaires à l'établissement de la contribution et effectuent le versement de la contribution due ;

4° Le délai dans lequel l'association verse aux membres les montants recueillis auprès du fonds.

## **Article R862-17**

L'agrément des associations est prononcé, pour une durée de cinq ans renouvelable, par le préfet de région du siège de l'association sur proposition du directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

Les associations doivent déposer auprès de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale du siège de l'association, en vue de leur agrément, un dossier comportant :

a) Une copie à jour des statuts ;

b) Une liste des membres de l'association ;

c) Un état des moyens susceptibles d'être mis en oeuvre pour réaliser leurs missions.

### **Article R862-18**

Les associations dûment agréées doivent notifier leur existence et leur composition à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétent et l'informer de toute modification de leur composition.

### **Article R862-19**

L'association adresse à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétent, à l'appui du versement de la contribution prévue à l'article L. 862-4 et à l'échéance fixée à l'article L. 862-5, un document déclaratif défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale qui comporte notamment, pour chacun de ses membres, les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article R. 862-11.

L'association adresse, à l'appui de la demande de remboursement prévue à l'article L. 862-6, et pour l'application de l'article R. 862-11, au fonds mentionné à l'article L. 862-1 le document visé à l'alinéa précédent.

### **Article R862-20**

L'organisme compétent pour le recouvrement de la contribution, au sens du premier alinéa de l'article L. 862-5, est l'organisme du siège de l'association, quelle que soit la domiciliation de ses membres.

Cet organisme peut être assisté, en tant que de besoin, par les organismes de recouvrement du ressort territorial correspondant à la domiciliation des membres de l'association.

## **Chapitre 3 : Dispositions relatives au crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels.**

### **Article R863-1**

L'autorité administrative mentionnée au premier alinéa de l'article L. 863-3 est celle mentionnée au II de l'article R. 861-16.



Les modalités d'attribution du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 sont celles prévues à l'article R. 861-16, à l'exception :

1° De la deuxième phrase du premier alinéa du I ;

2° Du deuxième alinéa du II.

Sauf dans le cas prévu à l'article R. 863-4, le renouvellement du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 est demandé au moins deux mois et au plus quatre mois avant l'échéance de la période définie au premier alinéa de l'article R. 863-3. Dans le cas où le bénéficiaire n'a plus en sa possession l'attestation prévue au deuxième alinéa de l'article R. 863-3, il fournit les nom et adresse du ou des organismes auprès desquels il a été fait application de son droit à déduction.

La Caisse d'assurance maladie délivre une attestation de droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 à chaque bénéficiaire âgé de seize ans révolus. En cas de perte ou de vol, la caisse dont relève le bénéficiaire lui remet, sur sa demande, un duplicata sur présentation d'une déclaration sur l'honneur de perte ou de vol. L'attestation et le duplicata sont conformes à un modèle défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

## **Article R863-2**

Le bénéficiaire du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 dispose d'un délai de six mois à compter de la date de la décision d'attribution de droit pour faire valoir son droit auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance. Il remet à celle-ci l'attestation ou le duplicata délivré par la Caisse d'assurance maladie.

## **Article R863-3**

Le droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 est ouvert pour un an à compter de la date d'effet du contrat souscrit auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance, choisie par le bénéficiaire. Toutefois, si celui-ci est couvert par un contrat d'assurance complémentaire de santé individuel à la date de remise de l'attestation, le droit à déduction prend effet à cette date.

L'organisme mentionné à l'article L. 863-2 délivre au souscripteur une attestation de la date d'effet du droit à déduction de chacun des bénéficiaires.

Il bénéficie à compter de cette date et pour la même durée du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1.

En cas de suspension par l'organisme du versement des prestations prévues au contrat, notamment en cas de non-paiement à l'échéance par le souscripteur de la prime ou de la cotisation, le bénéfice du crédit d'impôt est suspendu.

## **Article R863-4**

Si le contrat prend fin au cours de la période définie au premier alinéa de l'article R. 863-3, il est mis fin au droit à déduction. L'organisme auprès duquel ce contrat a été souscrit remet au bénéficiaire une attestation indiquant la liste des personnes couvertes par le contrat et précisant la date à laquelle ce contrat a pris fin. Le bénéficiaire fournit cette attestation à l'appui de sa nouvelle demande de droit à déduction.

## **Article R863-5**

Lorsque le droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 s'exerce dans le cadre de plusieurs contrats souscrits par des personnes différentes d'un même foyer, au sens de l'article L. 861-1 :

1° La demande de renouvellement est déposée, pour l'ensemble des personnes composant le foyer, au moins deux mois et au plus quatre mois avant l'échéance du droit à déduction ;

2° Une appréciation anticipée des ressources ne peut être demandée, en application de l'article R. 863-4, que si tous ces contrats ont pris fin ;

3° Si l'une des personnes n'est plus couverte, pour des raisons indépendantes de sa volonté, par son contrat, sans que tous les autres contrats aient pris fin et alors que la période du droit à déduction n'est pas expirée, l'organisme auprès duquel le contrat a été souscrit lui remet, à sa demande, l'attestation mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 863-1 et une attestation indiquant la durée pendant laquelle elle a exercé son droit à déduction. L'intéressé remet ces deux attestations à l'organisme auprès duquel il souscrit un nouveau contrat.

## **Article R863-6**

En cas de naissance ou d'adoption ou d'arrivée d'un enfant mineur à charge dans un foyer bénéficiaire du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2, l'enfant donne droit, pour la période de droit restant à courir, à la déduction prévue à l'article L. 863-2 pour le souscripteur du contrat et au crédit d'impôt prévu à l'article L. 863-1 pour l'organisme auprès duquel le contrat a été souscrit.

Lorsque le bénéficiaire du droit à déduction cesse de résider en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1, il est tenu d'en informer l'organisme auprès duquel il a fait valoir son droit. Le bénéfice de la déduction et du crédit d'impôt est interrompu.

## **Article R863-7**

Les dispositions de la section 2 et des sous-sections 1 et 2 de la section 1 du chapitre VII du titre IV

du livre Ier et de l'article R. 861-29 sont applicables aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aides 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 R871-1**

Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 ne peuvent comprendre :

1° La prise en charge de la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 ;

2° Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

##### **Article R871-2**

I.-Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

1° D'au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3, tel que prévu par les conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-5 ;

2° D'au moins 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments autres que ceux mentionnés aux 6°, 7° et 14° de l'article R. 322-1, prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 ;

3° D'au moins 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 ;

4° De l'intégralité des dépassements d'honoraires des médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation encadrés dans les conditions prévues à l'article 36 de la convention signée le 26 juillet 2011 en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de l'arrêté pris 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.

Le cas échéant, les taux de prise en charge minimale définis aux 1° à 3° sont réduits afin que la prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit, au sens du I de l'article L. 322-2, ne puisse excéder le montant des frais exposés à ce titre.

Les dispositions du présent I sont applicables aux consultations effectuées sur prescription du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 et aux prescriptions y afférentes.

II.-Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge totale de la participation de l'assuré au sens du I de l'article L. 322-2 pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique. La liste de ces prestations prévoyant, le cas échéant, les catégories de populations auxquelles elles sont destinées est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, des finances et du budget, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des 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 2 : Dispositions relatives aux institutions de retraite complémentaire et à leurs fédérations**

###### **Section 1 : Création et fonctionnement**

###### **Sous-section 1 : Institutions de retraite complémentaire.**

###### **Article R922-1**

Une institution de retraite complémentaire est créée par une convention ou un accord collectif signé entre une ou plusieurs organisations syndicales d'employeurs et une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ de compétence du régime que cette convention ou cet accord institue. Cet accord ou cette convention prévoit l'adhésion de l'institution à une fédération d'institutions de retraite complémentaire. Il fixe les modalités de désignation et de convocation des membres de l'assemblée générale paritaire constitutive de l'institution ou de l'instance paritaire en tenant lieu, qui approuve les projets de statuts et de règlement de celle-ci.

###### **Article R922-2**

L'autorisation de fonctionnement d'une institution de retraite complémentaire est accordée par le ministre chargé de la sécurité sociale sur proposition de la fédération à laquelle elle doit adhérer. La proposition est accompagnée d'une étude d'impact détaillant les conséquences de cette création sur l'équilibre économique et financier du régime géré par la fédération. Elle ne peut être acceptée que si l'institution de retraite complémentaire compte un nombre minimal de 5 000 membres participants.

L'arrêté autorisant le fonctionnement de l'institution approuve ses statuts et son règlement.

### **Article R922-3**

Le retrait de l'autorisation de fonctionnement d'une institution de retraite complémentaire peut être prononcé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale :

- lorsque de graves irrégularités dans la gestion ou le fonctionnement de l'institution sont constatées ;
- lorsque le nombre de membres participants de l'institution n'atteint plus, pendant une durée de trois années consécutives, 5 000 membres participants ;
- sur demande de la fédération dans les conditions prévues par les articles R. 922-43, R. 922-52 et R. 922-53.

### **Article R922-4**

La fusion d'institutions de retraite complémentaire relevant d'une même fédération est opérée soit par regroupement au sein d'une nouvelle institution, soit au sein d'une institution déjà agréée, dont les statuts sont modifiés en conséquence.

Dans le premier cas, les assemblées générales extraordinaires des institutions regroupées ou les instances paritaires en tenant lieu adoptent, sur proposition de la fédération concernée, des projets de statuts et de règlement identiques qui sont réputées approuvés par le ministre chargé de la sécurité sociale dans un délai de deux mois à compter de leur réception, sauf décision de rejet motivée notifiée à la fédération dont relève l'institution. Cette approbation vaut autorisation de fonctionnement. Dans le second cas, l'assemblée générale extraordinaire de chaque institution ou l'instance paritaire en tenant lieu approuve l'opération de regroupement.

### **Article R922-5**

En cas de dissolution volontaire ou de retrait de l'autorisation de fonctionnement d'une institution de retraite complémentaire, sa liquidation est effectuée dans les conditions prévues par le règlement de la fédération.

La fédération décide des mesures nécessaires au maintien des droits des membres adhérents et participants de l'institution. Elle procède à la clôture des comptes de l'institution et aux dévolutions patrimoniales correspondantes.

Elle informe le ministre chargé de la sécurité sociale de l'achèvement des opérations de fusion ou de liquidation. Dans les cas de fusion et de dissolution volontaire, celui-ci constate la caducité des

autorisations de fonctionnement préexistantes par lettre adressée à la fédération.

## **Sous-section 2 : Fédérations d'institutions de retraite complémentaire.**

### **Article R922-6**

Une fédération d'institutions est créée pour la mise en oeuvre des dispositions d'un accord collectif mentionné à l'article L. 921-4. La fédération a notamment pour objet la réalisation de la compensation prévue par l'article L. 922-4.

L'instance paritaire constitutive de la fédération, dont les modalités de convocation sont fixées par l'accord mentionné au précédent alinéa, est :

- soit une assemblée générale composée de délégués élus par l'assemblée générale, ou à défaut désignés par le conseil d'administration de chaque institution membre de la fédération ;
- soit une commission paritaire composée de membres désignés par chacune des organisations signataires de cet accord.

Elle est composée de représentants qui doivent en nombre égal être des membres adhérents et des membres participants du régime mis en oeuvre. Elle approuve les projets de statuts et règlement de la fédération.

### **Article R922-7**

L'autorisation de fonctionnement d'une fédération prévue à l'article L. 922-4 ne peut être accordée par le ministre chargé de la sécurité sociale que si la fédération présente au ministre un plan détaillé des dispositions propres à assurer l'équilibre financier à long terme du régime qu'elle met en oeuvre, et notamment le mécanisme de compensation entre les institutions de retraite complémentaire qui y adhèrent. L'arrêté autorisant le fonctionnement de la fédération approuve ses statuts et son règlement. Les modifications des statuts et du règlement de la fédération sont approuvées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R922-8**

Le retrait de l'autorisation de fonctionnement d'une fédération peut être prononcé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en cas de dénonciation de l'accord collectif mentionné à l'article L. 921-4 ayant institué le régime.

Le ministre prononce la dissolution ; il prend toutes dispositions pour assurer sa liquidation et



préciser les conditions de dévolution de son patrimoine.

Il peut à cet effet nommer un administrateur provisoire.

## **Article R922-9**

La fusion de fédérations d'institutions de retraite complémentaire peut intervenir si elle est prévue par un accord national interprofessionnel.

Cet accord fixe les modalités de désignation des membres de l'assemblée générale ou de la commission paritaire constitutive de la nouvelle fédération et les modalités d'adoption des projets de statuts et de règlement de la fédération issue de la fusion. Ces projets précisent les conditions dans lesquelles sont repris les droits et obligations des fédérations préexistantes.

Les projets de statuts et de règlement sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis des assemblées générales extraordinaires ou des commissions paritaires de chaque fédération préexistante. Cette approbation vaut autorisation de fonctionnement.

A l'achèvement des opérations de transfert des droits et des obligations des fédérations ayant fusionné, le ministre chargé de la sécurité sociale constate la caducité des autorisations de fonctionnement des fédérations préexistantes par lettre adressée à la fédération qui leur a succédé.

## **Article R922-10**

Les conditions de liquidation des fédérations d'institutions de retraite complémentaire sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

# **Section 2 : Statuts, règlement et conseil d'administration**

## **Sous-section 1 : Dispositions communes.**

### **Article R922-11**

Les statuts des institutions de retraite complémentaire et des fédérations fixent les règles de fonctionnement interne de ces organismes. Ils déterminent notamment :

- le siège social, la dénomination et l'objet de l'institution de retraite complémentaire ou de la fédération ;

- la composition, le mode de désignation et les modalités de fonctionnement de l'assemblée générale ou de l'instance paritaire en tenant lieu et du conseil d'administration ;
- les attributions du président et du directeur de l'institution ou de la fédération et les modalités selon lesquelles le conseil d'administration leur délègue ses pouvoirs ;
- les attributions du conseil d'administration qui ne peuvent être déléguées au bureau.

## **Article R922-12**

La dénomination d'une institution de retraite complémentaire est suivie de la mention : institution de retraite complémentaire régie par le code de la sécurité sociale et du nom de la fédération à laquelle elle adhère. La dénomination d'une fédération d'institutions de retraite complémentaire est suivie de la mention : fédération d'institutions de retraite complémentaire régie par le code de la sécurité sociale.

Cette mention figure obligatoirement dans les statuts, le règlement et tous les documents concernant les droits et obligations des membres adhérents et participants de l'institution de retraite complémentaire ou de la fédération définis à l'article L. 922-2.

## **Article R922-13**

Les institutions de retraite complémentaire et leurs fédérations sont administrées par un conseil d'administration composé paritairement de représentants des membres adhérents et des membres participants. Ces membres sont soit désignés, soit élus, soit pour une part désignés et pour l'autre part élus, dans une proportion fixée par les statuts.

Le nombre de membres et la composition du conseil d'administration, ainsi que les conditions de désignation ou d'élection des administrateurs sont également fixés par les statuts de l'institution de retraite complémentaire ou de la fédération. Des modalités différentes peuvent être prévues selon qu'il s'agit du collège des membres adhérents ou du collège des membres participants.

Les administrateurs suppléants, élus ou désignés peuvent siéger au conseil d'administration dans les mêmes conditions que les administrateurs titulaires sans voix délibérative. Ils ne siègent avec voix délibérative qu'en cas d'empêchement du titulaire. Dans le cas où il n'y a pas de suppléant, les administrateurs peuvent donner procuration à un membre du même collège, chaque administrateur ne pouvant détenir qu'un seul pouvoir.

## **Article R922-14**

La durée des fonctions d'administrateur est fixée par les statuts de l'institution ou de la fédération dans la limite de six années. Cette durée est la même que celle du mandat des membres de

l'assemblée générale ou de l'instance en tenant lieu. Le mandat des administrateurs sortants est renouvelable dans les conditions fixées par les statuts.

En outre, les statuts doivent prévoir, pour l'exercice des fonctions d'administrateur, une limite d'âge s'appliquant soit à l'ensemble des administrateurs, soit à un pourcentage déterminé d'entre eux identique pour chacun des deux collèges.

A défaut de disposition expresse dans les statuts, le nombre des administrateurs ayant plus de soixante-dix ans ne peut être supérieur, dans chacun des deux collèges, au tiers des administrateurs en fonction.

### **Article R922-15**

Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de quatre conseils d'administration d'institutions de retraite complémentaire ou de fédérations.

L'administrateur qui méconnaît les dispositions du précédent alinéa lorsqu'il accède à un nouveau mandat doit, dans les trois mois suivant sa nomination, se démettre de l'un de ses mandats. A l'expiration de ce délai, il est réputé s'être démis de son mandat le plus récent, sans que soit de ce fait remise en cause la validité des délibérations auxquelles il a pris part.

### **Article R922-16**

Un administrateur d'une institution de retraite complémentaire, d'un groupement dont l'institution est membre, d'une personne morale liée directement ou indirectement à l'institution par convention ou d'une fédération ne peut en être salarié durant son mandat ou le devenir qu'à l'issue d'une durée de trois ans à compter de la fin de son mandat.

Un ancien salarié d'une institution de retraite complémentaire, d'un groupement dont l'institution est membre, d'une personne morale liée directement ou indirectement à l'institution par convention ou d'une fédération ne peut en être administrateur qu'à l'issue d'une durée de trois ans à compter de la rupture de son contrat de travail. Tout candidat au poste d'administrateur doit faire connaître au conseil d'administration les autres fonctions qu'il exerce à cette date.

Toute désignation ou élection intervenue en violation des dispositions des deux alinéas précédents est nulle. Cette nullité n'entraîne pas celle des délibérations auxquelles a pris part l'administrateur irrégulièrement désigné ou élu.

### **Article R922-17**

Les postes d'administrateur deviennent vacants par décès, démission ou perte de la qualité de membre de l'institution de retraite complémentaire ou d'administrateur de la fédération, ou encore, lorsque l'administrateur a été désigné par une organisation syndicale, par retrait du mandat d'un

administrateur sur décision de celle-ci ou par démission de l'organisation syndicale d'employeurs ou de salariés représentée. Ces postes sont pourvus par les suppléants ou, à défaut, dans les conditions et délais définis par les statuts de l'institution de retraite complémentaire ou de la fédération.

### **Article R922-18**

Le conseil d'administration peut nommer en son sein une ou plusieurs commissions. Ces commissions exercent leur activité sous la responsabilité du conseil qui ne peut en aucun cas leur déléguer les compétences mentionnées aux articles R. 922-34 et R. 922-44. Il peut créer, pour la mise en oeuvre de l'action sociale au profit de ses membres, une commission d'action sociale à laquelle il donne mandat, sur le fondement des orientations qu'il arrête, pour l'attribution d'aides individuelles. Cette commission rend compte chaque année au conseil de l'exercice de son mandat.

### **Article R922-19**

Le conseil d'administration élit en alternance un président et un vice-président choisis parmi les administrateurs appartenant à des collèges différents. La durée de leur mandat doit être inférieure à celle prévue pour les fonctions d'administrateur. Elle est précisée par les statuts. Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président ou du vice-président.

### **Article R922-20**

Nul ne peut exercer simultanément plus de deux mandats de président ou de vice-président d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération. Nul ne peut exercer simultanément plus d'un mandat de président ou de vice-président au sein d'une fédération et des institutions de retraite complémentaire qui en relèvent. La méconnaissance de ces dispositions entraîne les conséquences prévues au deuxième alinéa de l'article R. 922-15.

### **Article R922-21**

Dans les rapports avec les tiers, l'institution de retraite complémentaire ou la fédération est engagée par les actes du conseil d'administration, même lorsque ceux-ci ne relèvent pas de leur objet social. Elle ne peut s'exonérer de cet engagement qu'en prouvant que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances. Cette preuve ne peut résulter de la seule existence des statuts et de leur publication. La responsabilité de ces organismes est également engagée par les décisions du directeur général, sauf lorsque ces décisions excèdent le cadre de la délégation mentionnée aux articles R. 922-34 et R. 922-44.

L'institution ou la fédération sont valablement représentées dans tous les actes de la vie civile soit

par le président ou à défaut le vice-président du conseil d'administration, soit, dans le cadre de la délégation mentionnée aux articles R. 922-34 et R. 922-44, par le directeur général.

### **Article R922-22**

Le président du conseil d'administration, ou en cas d'empêchement, le vice-président, convoque le conseil d'administration au moins deux fois par an. L'ordre du jour de ces réunions est fixé conjointement par le président et le vice-président du conseil d'administration. Les modalités de convocation des membres du conseil sont déterminées par les statuts.

### **Article R922-23**

Le conseil d'administration délibère valablement si la moitié au moins de ses membres sont présents ou représentés et les décisions sont acquises à la majorité des membres présents ou représentés, sous réserve de dispositions plus rigoureuses des statuts. Si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau réuni. Les règles en cas de partage des voix sont fixées par les statuts.

Les administrateurs, ainsi que toute personne appelée à assister aux séances du conseil d'administration, sont tenus à la discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le président, le vice-président ou le directeur général.

### **Article R922-24**

Sont considérés comme dirigeants d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération les membres du conseil d'administration, le directeur général, toute personne à laquelle il a été donné délégation par le conseil d'administration et tout dirigeant de fait d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération.

### **Article R922-25**

A peine de nullité du contrat, il est interdit aux dirigeants de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de l'institution ou de la fédération, de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, de faire cautionner ou avaliser par elles leurs engagements envers les tiers ou de percevoir, directement ou par personne interposée, toute rémunération relative aux opérations mises en oeuvre par l'institution de retraite complémentaire ou la fédération.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des personnes visées au premier alinéa du présent article ainsi qu'à toute personne interposée.

Les dirigeants ou leurs conjoints, ascendants et descendants peuvent toutefois bénéficier de ces opérations financières dans les mêmes conditions que celles qui sont proposées par l'institution de retraite complémentaire ou par la fédération à l'ensemble de ses membres au titre de l'action sociale qu'elle met en oeuvre.

Les mêmes règles s'appliquent aux dirigeants de l'institution ou de la fédération autres que les administrateurs lorsque que ceux-ci sont susceptibles d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de l'institution ou de la fédération.

Dans tous les cas, le conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun de ses dirigeants.

## **Article R922-26**

Les fonctions d'administrateur d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération sont gratuites. Toute clause contraire est réputée non écrite. Toutefois, les administrateurs ont droit au remboursement des frais de déplacement et de séjour ainsi que des pertes de salaires effectivement subies en stricte relation avec l'exercice de leurs fonctions. Dans l'hypothèse où les rémunérations sont maintenues par l'employeur, celui-ci peut demander à l'institution ou à la fédération le remboursement des rémunérations maintenues aux administrateurs pour les activités liées à l'exercice de leur mandat qui sont effectuées sur leur temps de travail. Les activités liées à l'exercice de ce mandat sont couvertes par une assurance souscrite par la fédération ou l'institution de retraite complémentaire.

## **Article R922-27**

Les statuts de l'institution de retraite complémentaire ou de la fédération fixent les conditions d'établissement et de contrôle, ainsi que la durée et les modalités de renouvellement de la délégation mentionnée aux articles R. 922-34 et R. 922-44 que le conseil d'administration consent au directeur de l'institution ou de la fédération. Le conseil d'administration peut également déléguer des pouvoirs aux collaborateurs du directeur général, à la demande de celui-ci. Ces délégations ne peuvent être générales.

## **Article R922-28**

Tout candidat aux fonctions de directeur général d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération doit faire connaître au conseil d'administration les autres fonctions qu'il exerce à cette date afin que le conseil puisse apprécier leur compatibilité avec les fonctions de directeur général d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération.

La nomination du directeur d'une institution de retraite complémentaire doit être agréée par la fédération à laquelle l'institution adhère.

Le directeur général d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération doit informer le conseil d'administration de toute autre fonction qui pourrait lui être confiée. Le conseil statue dans un délai d'un mois sur la compatibilité de ces fonctions avec celles de directeur général d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération.

## **Article R922-29**

L'exercice des fonctions de directeur général est soumis à une limite d'âge qui doit être fixée par les statuts. A défaut de disposition expresse, cette limite d'âge est de 65 ans. Toutefois, les statuts peuvent prévoir un report de cette limite d'âge lorsque le directeur général ne remplit pas les conditions de durée d'activité ou d'âge lui permettant de liquider une retraite à taux plein.

Toute nomination intervenue en violation de ces dispositions prévues est nulle.

Lorsqu'un directeur général atteint la limite d'âge, il est réputé démissionnaire d'office.

## **Article R922-30**

Toute convention intervenant entre une institution de retraite complémentaire ou une fédération ou toute personne morale à qui elle a délégué tout ou partie de sa gestion et l'un de ses dirigeants doit être soumise à l'autorisation préalable du conseil d'administration.

Il en est de même des conventions auxquelles un dirigeant est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec l'institution de retraite complémentaire ou la fédération par personne interposée.

Sont également soumises à autorisation préalable les conventions passées entre une institution de retraite complémentaire ou une fédération et toute personne morale, si l'un des dirigeants de l'institution de retraite complémentaire ou de la fédération est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire ou du conseil de surveillance de cette personne morale.

Des règles plus rigoureuses peuvent être prévues par les statuts des institutions de retraite complémentaire et des fédérations.

## **Article R922-31**

Les articles R. 931-3-26 à R. 931-3-28 du code de la sécurité sociale sont applicables aux conventions conclues par les dirigeants d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération. Toutefois, les compétences attribuées à la commission paritaire par ces articles sont exercées par le comité d'approbation des comptes dans les institutions de retraite complémentaire et

par la commission paritaire élargie dans les fédérations.

## **Sous-section 2 : Dispositions particulières aux institutions de retraite complémentaire.**

### **Article R922-32**

Les statuts des institutions de retraite complémentaire doivent être conformes au modèle arrêté pour chaque fédération par le ministre chargé de la sécurité sociale, sur proposition de la fédération concernée. Les modèles de statuts comportent des dispositions obligatoires, notamment celles qui sont mentionnées à l'article R. 922-11 et des dispositions facultatives.

Les demandes de modifications des statuts et du règlement des institutions de retraite complémentaire, transmises au ministre chargé de la sécurité sociale après avis conforme de la fédération concernée, sont approuvées dans les conditions prévues à l'article R. 922-4.

### **Article R922-33**

Le règlement d'une institution de retraite complémentaire comprend l'ensemble des règles régissant les rapports entre l'institution de retraite complémentaire et ses membres adhérents ou participants. Il précise notamment :

- les dispositions particulières nécessaires pour la mise en oeuvre de l'accord national interprofessionnel en matière d'affiliation, de recouvrement des cotisations et de liquidation des retraites ;
- les règles en matière d'action sociale ;
- les conditions dans lesquelles est assurée l'information des membres adhérents et participants ;
- les conditions de dévolution du patrimoine et de transfert des opérations gérées par l'institution, ainsi que des droits et obligations qui s'y rattachent, dont la fédération garantit le maintien.

### **Article R922-34**

Le conseil d'administration de l'institution de retraite complémentaire est investi des pouvoirs les plus étendus pour administrer celle-ci.

Il peut constituer un bureau dont la composition et les attributions sont déterminées par les statuts. Il



nomme, en dehors de ses membres et après agrément par la fédération, le directeur général et le révoque. Il fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la gestion de l'institution. Il peut donner délégation au directeur général pour représenter l'institution en justice.

Il arrête et vote le budget et les comptes. Il établit le rapport de gestion soumis à l'assemblée générale ou au comité paritaire d'approbation des comptes. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le contenu de ce rapport. Il approuve le règlement de l'institution de retraite complémentaire à la majorité qualifiée prévue par les statuts.

Il autorise la conclusion et la modification de toute convention dont l'objet est de déléguer à un organisme extérieur tout ou partie des opérations liées au recouvrement des cotisations ou au versement des prestations.

Il est chargé de l'élaboration des modifications statutaires, qui sont soumises au vote de l'assemblée générale dans les conditions fixées à l'article R. 922-39. Toutefois, lorsque l'instance représentative des adhérents et des participants est le comité paritaire d'approbation des comptes, le conseil d'administration est compétent pour approuver les demandes de modifications statutaires.

### **Article R922-35**

L'instance représentative des adhérents et des participants au sein d'une institution de retraite complémentaire est définie par les statuts. Cette instance peut être soit une assemblée générale, soit un comité paritaire d'approbation des comptes.

### **Article R922-36**

L'assemblée générale d'une institution de retraite complémentaire est composée paritairement de délégués représentant les membres adhérents et les membres participants désignés, élus, ou désignés pour une part et pour l'autre élus selon les modalités prévues par les statuts de l'institution. Des modalités différentes peuvent être prévues selon qu'il s'agit du collège des membres adhérents ou du collège des membres participants. La durée du mandat des membres des assemblées générales des institutions de retraite complémentaire est fixée par les statuts sans pouvoir excéder six ans.

### **Article R922-37**

L'assemblée générale, réunie en session ordinaire, est convoquée par le président du conseil d'administration ou, en cas d'empêchement, par le vice-président. En cas de carence, elle peut également être convoquée par le ou les commissaires aux comptes. Les formes et les délais de convocation de l'assemblée générale sont fixés par les statuts.

Les membres de l'assemblée générale doivent disposer de tout document utile à la préparation de l'assemblée. La liste de ces documents ainsi que leurs modalités d'envoi et de mise à disposition

sont fixées par les statuts.

A compter de la convocation, tout membre de l'assemblée générale a la faculté de poser par écrit des questions relevant de la compétence de l'assemblée générale, auxquelles il peut être répondu par le président du conseil d'administration, dans des conditions fixées par les statuts.

L'ordre du jour de l'assemblée générale ordinaire d'une institution de retraite complémentaire est arrêté conjointement par le président et le vice-président. L'inscription à l'ordre du jour de l'assemblée générale de toute question relevant de sa compétence est de droit quand elle est demandée par une fraction, fixée par les statuts, des membres de l'assemblée générale.

L'assemblée ne peut délibérer sur une question qui n'est pas à l'ordre du jour. L'ordre du jour de l'assemblée ne peut être modifié sur deuxième convocation que dans le respect des formes et des délais prévus par les statuts.

L'assemblée générale est réunie au moins une fois par an et obligatoirement dans les neuf mois suivant la clôture de l'exercice. Elle se réunit au siège social ou en tout autre lieu du même département ou de la même région. Une feuille de présence est tenue à chaque assemblée dans les conditions fixées par les statuts.

## **Article R922-38**

L'assemblée générale, réunie en session ordinaire, entend le rapport de gestion du conseil d'administration et le rapport du ou des commissaires aux comptes et approuve les comptes de l'exercice écoulé. Elle est informée de la conclusion et de la modification de toute convention dont l'objet est de déléguer à un organisme extérieur tout ou partie des opérations liées au recouvrement des cotisations ou au versement des prestations.

Elle nomme le ou les commissaires aux comptes et leurs suppléants pour six ans.

Elle désigne ses représentants au conseil d'administration de l'institution de retraite complémentaire et, le cas échéant, ses représentants à l'assemblée générale de la fédération.

L'assemblée générale d'une institution de retraite complémentaire ne délibère valablement que si, lors de la première convocation et pour chaque collège, le quart au moins de ses membres est présent ou représenté. A défaut de ce quorum, une seconde assemblée est convoquée qui délibère quel que soit le quorum. Les délibérations sont acquises à la majorité des suffrages exprimés. Les statuts peuvent prévoir, pour l'exercice de certaines attributions, un vote à la majorité des suffrages de chaque collège. Tout membre de l'assemblée générale empêché peut déléguer ses pouvoirs à un membre du même collège dans des conditions précisées par les statuts.

## **Article R922-39**

L'assemblée générale, réunie en session extraordinaire, se prononce sur les modifications

statutaires, sur la fusion ou la dissolution de l'institution de retraite complémentaire.

Elle est réunie dans un délai de trois mois à compter de la demande du conseil d'administration ou d'une fraction, fixée par les statuts, de ses membres. Elle peut également être convoquée par le conseil d'administration de la fédération dont l'institution relève.

L'assemblée générale extraordinaire d'une institution de retraite complémentaire ne délibère valablement que si, lors de la première convocation et pour chaque collège, le tiers au moins de ses membres est présent ou représenté. A défaut de ce quorum, une seconde assemblée est convoquée, qui délibère quel que soit le quorum. Les délibérations sont acquises à la majorité qualifiée des suffrages exprimés dans chaque collège, fixée par les statuts. Tout membre de l'assemblée générale empêché peut déléguer ses pouvoirs à un membre du même collège dans des conditions précisées par les statuts.

### **Article R922-40**

Le comité paritaire d'approbation des comptes d'une institution de retraite complémentaire est composé paritairement de représentants des membres adhérents et des membres participants désignés selon les modalités prévues par les statuts. Les fonctions de membre du comité paritaire d'approbation des comptes sont incompatibles avec le mandat d'administrateur de l'institution. La durée du mandat des membres des comités paritaires d'approbation des comptes des institutions de retraite complémentaire est fixée par les statuts, dans la limite de six années.

### **Article R922-41**

Le comité paritaire d'approbation des comptes exerce les attributions mentionnées à l'article R. 922-38. Il se prononce également sur la fusion et la dissolution de l'institution.

### **Article R922-42**

Le comité paritaire d'approbation des comptes est convoqué par le président du conseil d'administration ou, en cas d'empêchement, par le vice-président. En cas de carence, il peut également être convoqué par le ou les commissaires aux comptes. Il peut aussi être convoqué par le conseil d'administration de la fédération dont l'institution relève.

Il est réuni au moins une fois par an, et obligatoirement dans les six mois suivant la clôture de l'exercice, au siège social ou en tout autre lieu du même département ou de la même région.

Les formes et les délais de convocation du comité paritaire d'approbation des comptes sont fixés par les statuts. Ses membres doivent disposer de tout document utile à la préparation du comité. La liste de ces documents ainsi que leurs modalités d'envoi et de mise à disposition sont fixées par les statuts de l'institution.

L'ordre du jour du comité paritaire d'approbation des comptes est arrêté conjointement par ses président et vice-président. L'inscription à l'ordre du jour du comité paritaire d'approbation des comptes de toute question relevant de sa compétence est de droit quand elle est demandée par une fraction de ses membres fixée par les statuts. Le comité paritaire d'approbation des comptes ne peut délibérer sur une question qui n'est pas à l'ordre du jour. L'ordre du jour du comité ne peut être modifié sur deuxième convocation que dans le respect des formes et délais prévus par les statuts.

Le comité paritaire d'approbation des comptes d'une institution de retraite complémentaire ne délibère valablement que si, lors de la première convocation et pour chaque collège, la moitié au moins de ses membres en exercice est présente ou représentée. A défaut de ce quorum, un second comité est convoqué, qui délibère quel que soit le quorum. Les délibérations du comité paritaire d'approbation des comptes sont acquises à la majorité des voix dans chaque collège. Toutefois, lorsqu'il se prononce sur la fusion de l'institution avec une autre institution, ses délibérations sont acquises à la majorité qualifiée des suffrages exprimés dans chaque collège qui a été fixée par les statuts. Tout membre du comité paritaire d'approbation des comptes d'une institution de retraite complémentaire peut, en cas d'empêchement, donner procuration à un membre du même collège dans des conditions précisées par les statuts. Une feuille de présence est tenue à chaque réunion.

### **Sous-section 3 : Dispositions particulières aux fédérations d'institutions de retraite complémentaire.**

#### **Article R922-43**

Le règlement de la fédération fixe les principes qui régissent les rapports entre la fédération et les institutions de retraite complémentaire qui y adhèrent et les règles communes qu'elles doivent respecter. Il précise notamment :

- les conditions d'adhésion à la fédération d'une institution de retraite complémentaire ;
- les modalités d'application de la compensation financière prévue à l'article L. 922-4 ;
- les modalités de sauvegarde des droits des participants en cas de fusion d'institutions ou de retrait de l'autorisation de fonctionner d'une institution ;
- les modalités d'approbation des conventions mentionnées à l'article R. 922-30 ;
- les conditions de mise en oeuvre des sanctions et l'organisation de la procédure contradictoire mentionnées aux articles R. 922-52 et R. 922-53 ;
- les modalités de fusion, de dissolution et de liquidation des institutions de retraite complémentaire membres de la fédération ;

- les critères de bonne gestion et les règles de contrôle interne des institutions de retraite complémentaire, ainsi qu'une liste d'actes, d'acquisitions ou de pratiques qui peuvent être qualifiés de graves manquements dans la gestion ou le fonctionnement de l'institution ;
- les modalités de suivi, par la fédération, de l'activité des institutions de retraite complémentaire qui y adhèrent, notamment la liste des pièces dont l'envoi aux fédérations est obligatoire ;
- les conditions dans lesquelles les institutions peuvent accorder des cautions, avals ou garanties ;
- les principes de la politique d'action sociale.

Le règlement précise également les sanctions que la fédération peut prononcer à l'encontre de ses institutions ou de leurs dirigeants en cas de manquement aux obligations qui leur incombent ; ces sanctions ne peuvent être autres que celles qui sont mentionnées à l'article R. 922-52 et doivent être prononcées dans le respect de procédure prévue à l'article R. 922-53.

## **Article R922-44**

Le conseil d'administration de la fédération est investi des pouvoirs les plus étendus pour administrer celle-ci. Il peut constituer un bureau dont la composition et les attributions sont déterminées par les statuts.

Il nomme, en dehors de ses membres, le directeur général et le révoque. Il fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la gestion de la fédération ; il peut lui donner délégation pour représenter la fédération en justice.

Le conseil d'administration arrête et vote le budget propre de la fédération et les comptes de la fédération ainsi que les comptes combinés des institutions de retraite complémentaire et de la fédération dont elles relèvent. Il établit le rapport de gestion.

Dans le respect des dispositions des accords nationaux interprofessionnels et des décisions de la commission paritaire, le conseil d'administration fixe les paramètres du régime. Il prend les mesures nécessaires à l'application des décisions de la commission paritaire et à la mise en oeuvre de la compensation financière entre les institutions membres de la fédération.

Il est chargé des relations avec les institutions de retraite complémentaire qui y adhèrent et notamment :

- de proposer au ministre chargé de la sécurité sociale d'accorder ou de retirer l'autorisation de fonctionnement aux institutions de retraite complémentaire membres de la fédération ;
- d'approuver le règlement de la fédération et de veiller à son application ;

- d'appliquer les sanctions mentionnées à l'article R. 922-52 ;
- de donner son accord préalable à la conclusion de toute convention par laquelle une institution de retraite complémentaire délègue à un organisme extérieur tout ou partie de sa gestion ;
- d'élaborer les modifications statutaires soumises au vote, selon le cas, de l'assemblée générale ou de la commission paritaire.

## **Article R922-45**

Instance représentative des organisations signataires de l'accord collectif ayant institué un régime en application de l'article L. 921-4, la commission paritaire est composée de délégués désignés par chacune de ces organisations et représentant en nombre égal les membres adhérents et les membres participants.

Elle est compétente pour interpréter les dispositions de l'accord et pour décider des mesures nécessaires à son application. Elle peut être saisie par l'une des organisations ou par la fédération de toute question relative à l'interprétation ou à l'application des accords.

La commission paritaire élabore, sous la responsabilité des organisations signataires de l'accord, un rapport prospectif sur les prévisions d'évolution de l'équilibre financier à moyen terme du régime établies sur la base d'hypothèses ajustées à intervalles réguliers et au minimum tous les trois ans.

Elle fournit en outre au Conseil d'orientation des retraites tous les éléments d'information et les études nécessaires pour les projections des régimes obligatoires, conformément aux dispositions de l'article L. 114-2.

Lorsque l'accord instituant le régime et confirmé par les statuts n'a pas prévu l'existence d'une assemblée générale, la commission paritaire compétente pour approuver les modifications statutaires se prononce sur la fusion de la fédération prévue par un accord national interprofessionnel.

Le ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant peut être entendu à sa demande par la commission paritaire. La commission paritaire peut, dans les mêmes conditions, inviter le ministre ou son représentant à s'exprimer devant elle sur un des sujets figurant à l'ordre du jour.

## **Article R922-46**

L'instance représentative des adhérents et des participants d'une fédération d'institutions de retraite complémentaire est définie par l'accord collectif instituant le régime, et confirmée par ses statuts. Cette instance peut être soit une assemblée générale, soit la commission paritaire élargie mentionnée à l'article R. 922-49.

## **Article R922-47**

L'assemblée générale d'une fédération d'institutions de retraite complémentaire est composée paritairement de délégués représentant les membres adhérents et les membres participants des institutions de retraite complémentaire composant la fédération soit élus, soit pour une part désignés et pour l'autre part élus, dans une proportion fixée par les statuts. Les statuts de la fédération déterminent le collège électoral, composé soit des membres des conseils d'administration, soit des membres des assemblées générales des institutions de retraite complémentaire composant la fédération.

## **Article R922-48**

L'assemblée générale entend les rapports des commissaires aux comptes sur les comptes de la fédération et sur les comptes combinés des institutions de retraite complémentaire et de la fédération, tels qu'ils sont définis par le règlement de l'Autorité des normes comptables prévu par l'article L. 931-34. Elle approuve les comptes de la fédération et les comptes combinés au titre de l'exercice écoulé. Elle nomme les commissaires aux comptes et leurs suppléants pour six ans. Elle est informée de la conclusion et de la modification de toute convention dont l'objet est de déléguer à un organisme extérieur tout ou partie des opérations liées au recouvrement des opérations ou au versement des prestations.

Lorsqu'elle exerce ces compétences, les dispositions de l'article R. 922-37, à l'exception du délai de réunion obligatoire qui est porté à douze mois suivant la clôture de l'exercice, ainsi que les dispositions du dernier alinéa de l'article R. 922-38 lui sont applicables.

L'assemblée générale approuve les modifications statutaires et se prononce sur la fusion de la fédération avec une autre fédération prévue par un accord national interprofessionnel. Lorsqu'elle exerce ces compétences, les dispositions du dernier alinéa de l'article R. 922-39 lui sont applicables.

## **Article R922-49**

La commission paritaire exerce les compétences définies au premier alinéa de l'article R. 922-48 dans une formation élargie. La commission paritaire élargie, dont la composition est déterminée par l'accord collectif instituant le régime et confirmé par les statuts de la fédération, est constituée de délégués désignés par chacune des organisations signataires de l'accord et représentant en nombre égal les membres adhérents et les membres participants de la fédération. Elle comprend au moins le double des membres de la commission paritaire. Les délégués des organisations signataires désignés pour constituer la commission paritaire peuvent ne pas en être membres. La moitié au moins des représentants de chaque organisation au sein de la commission paritaire élargie ne doit pas exercer de fonctions d'administrateur de la fédération. La commission paritaire élargie est réunie à l'initiative des organisations signataires de l'accord instituant le régime ou par le conseil d'administration de la fédération ou, en cas de carence, par les commissaires aux comptes. Les auteurs de la convocation définissent l'ordre du jour de la réunion.

Sous réserve du précédent alinéa, et d'un délai de réunion obligatoire porté à douze mois suivant la

clôture de l'exercice, les dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article R. 922-42 sont applicables.

La commission paritaire élargie ne délibère valablement que si le nombre des membres participant à la séance et ayant le droit de vote est, dans chaque collège, au moins égal à la moitié du nombre des titulaires. Les délibérations sont acquises à la majorité des suffrages exprimés dans chaque collège. Tout membre empêché peut déléguer ses pouvoirs à un membre du même collège.

## **Section 3 : Contrôle des institutions de retraite complémentaire**

### **Sous-section 1 : Contrôle des institutions de retraite complémentaire par leur fédération.**

#### **Article R922-50**

La fédération vérifie que les institutions de retraite complémentaire effectuent leurs opérations conformément à la réglementation en vigueur, aux dispositions des accords instituant le régime ainsi qu'à ses statuts et à son règlement. Elle s'assure de l'efficacité de la gestion et de la qualité du service offert par les institutions.

#### **Article R922-51**

Le contrôle par la fédération est effectué sur pièces ou sur place, avec ou sans préavis. Les institutions font l'objet d'un contrôle sur place au moins une fois tous les cinq ans. La mise en oeuvre de la procédure de signalement prévue à l'article R. 922-58 est immédiatement suivie d'un contrôle sur place.

En cas de contrôle sur place, un rapport est obligatoirement établi. Il est communiqué au conseil d'administration de l'institution de retraite complémentaire, qui transmet ses observations et réponses à la fédération. Le conseil d'administration de la fédération, ou par délégation son directeur, arrête les mesures éventuellement nécessaires, qui peuvent être assorties d'un échéancier. Ces décisions s'imposent à l'institution. Les personnes appartenant au corps de contrôle de la fédération ont accès à toutes les informations utiles à la bonne exécution de leur mission.

Les rapports de contrôle sont communiqués aux commissaires aux comptes de l'institution et aux commissaires aux comptes de la fédération chargés de la certification des comptes combinés.

#### **Article R922-52**



Lorsqu'une institution de retraite complémentaire ne s'est pas conformée aux obligations qui lui incombent ou n'a pas déféré aux injonctions de la fédération à la suite d'un contrôle, le conseil d'administration de la fédération peut prononcer à l'encontre de l'institution ou de ses dirigeants, en tenant compte de la gravité du manquement, l'une ou plusieurs des sanctions prévues par son règlement. Ces sanctions peuvent être :

- l'avertissement ;
- le blâme ;
- l'interdiction d'effectuer certaines opérations ou toute autre limitation dans l'exercice de l'activité ;
- le transfert à un autre organisme de tout ou partie des opérations gérées ;
- la suspension temporaire d'un ou plusieurs dirigeants de l'institution ;
- le retrait d'agrément du directeur ;
- la révocation du conseil d'administration et la nomination d'un administrateur provisoire qui exerce ses fonctions jusqu'à la désignation, dans les délais prévus par le règlement de la fédération, d'un nouveau conseil d'administration.

La fédération peut également proposer au ministre compétent le retrait de l'autorisation de fonctionner de cette institution. Le ministre chargé de la sécurité sociale est informé de toute sanction prononcée par la fédération à l'encontre de l'institution.

## **Article R922-53**

La fédération décide des sanctions mentionnées à l'article R. 922-52 après une procédure contradictoire. Les intéressés sont informés par lettre recommandée avec accusé de réception de la procédure engagée ainsi que des griefs et manquements qui leur sont reprochés. Cette lettre doit leur parvenir au moins quinze jours avant la réunion du conseil d'administration. Ils peuvent demander à être entendus par le conseil d'administration de la fédération et se faire représenter ou assister lors de leur audition.

## **Sous-section 2 : Contrôle des institutions de retraite complémentaire et des fédérations par le commissaire aux comptes.**

### **Article R922-54**

Les institutions de retraite complémentaire et leurs fédérations appliquent le plan comptable mentionné à l'article L. 114-5. Les fédérations peuvent y apporter les adaptations qui sont nécessaires à l'exercice de leur mission, après avis conforme de l'Autorité des normes comptables.

### **Article R922-55**

Les commissaires aux comptes exercent les fonctions définies par le code de commerce, dans les conditions prévues par ce code, sous réserve des dispositions des articles R. 922-56 à 59 du présent code.

### **Article R922-56**

Une institution de retraite complémentaire a l'obligation de nommer au moins un commissaire aux comptes et un ou plusieurs suppléants.

Une fédération d'institutions de retraite complémentaire a l'obligation de nommer au moins deux commissaires aux comptes et deux suppléants. Ceux-ci certifient les comptes de la fédération ainsi que les comptes combinés des institutions de retraite complémentaire.

### **Article R922-57**

Les commissaires aux comptes des institutions de retraite complémentaire et de leurs fédérations établissent un rapport général de certification des comptes, accompagné d'un rapport spécial relatif aux conventions réglementées. Ces rapports sont entendus par l'assemblée générale ou par l'instance paritaire en tenant lieu.

Ils exposent dans leur rapport général les conditions de l'accomplissement de leur mission en mentionnant, le cas échéant, les difficultés de toute nature qu'ils ont rencontrées.

Ils établissent également annuellement et présentent au conseil d'administration un rapport spécifique sur une fonction ou sur une activité particulière de l'institution ou de la fédération significative en termes d'analyse du risque. Ce rapport est transmis par les institutions à la fédération concernée.

Lorsque le commissaire aux comptes des institutions de retraite complémentaire n'obtient pas des personnes morales liées directement ou indirectement à l'institution les informations nécessaires à la bonne exécution de sa mission, il en informe sans délai la fédération pour la mise en oeuvre des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 922-5.

Les commissaires aux comptes des fédérations d'institutions de retraite complémentaire certifient également que les comptes combinés des institutions de retraite complémentaire et de la fédération dont elles relèvent, établis par les fédérations, sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de la situation financière de l'ensemble des institutions qui relèvent de la fédération. La certification

des comptes combinés est délivrée notamment après examen des travaux des commissaires aux comptes des institutions de retraite complémentaire.

### **Article R922-58**

Lorsque le commissaire aux comptes d'une institution de retraite complémentaire constate un grave manquement à un ou plusieurs des critères de gestion prévus par le règlement de la fédération ou l'existence d'actes, d'acquisitions ou de pratiques déterminés par ce règlement, il doit le signaler à la fédération concernée. Lorsque le commissaire aux comptes exerce ce signalement, la fédération en informe le ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R922-59**

Les honoraires des commissaires aux comptes sont à la charge, selon le cas, des institutions de retraite complémentaire ou de leurs fédérations. Le montant des honoraires est fixé d'un commun accord entre le commissaire aux comptes et l'institution ou la fédération, en tenant compte de l'importance du travail nécessaire à l'accomplissement de la mission légale de contrôle.

## **Sous-section 3 : Devoir d'information des institutions de retraite complémentaire et des fédérations.**

### **Article R922-60**

Tout membre adhérent ou participant a le droit d'obtenir communication des statuts, des règlements et des comptes des trois derniers exercices de l'institution de retraite complémentaire et de la fédération dont elle relève. Les frais de photocopie et d'envoi peuvent être mis à la charge du demandeur dans des conditions fixées selon le cas par le règlement de l'institution ou de la fédération. Le règlement détermine les autres documents communicables aux membres adhérents et participants.

### **Article R922-61**

Le ministre chargé de la sécurité sociale reçoit de la fédération communication :

- des procès-verbaux des conseils d'administration de la fédération ;
  
- de l'ensemble des documents soumis aux assemblées générales ou aux commissions paritaires des fédérations ;

- du rapport prospectif mentionné à l'article R. 922-45 ;
- des circulaires ou instructions à caractère général diffusées auprès des institutions par les fédérations ;
- des sanctions prononcées par la fédération à l'encontre d'une institution ou de ses dirigeants.

En outre, le ministre chargé de la sécurité sociale reçoit, à sa demande, copie des rapports mentionnés à l'article R. 922-57 ainsi que des documents soumis aux différents organes des institutions de retraite complémentaire.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux institutions à caractère paritaire**

#### **Titre 3 : Institutions de prévoyance et opérations de ces institutions**

##### **Chapitre I : Institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance**

###### **Section 1 : Dispositions générales**

###### **Sous-section 1 : Dispositions préliminaires**

###### **Article R931-1-1**

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance ne peuvent pratiquer que des activités définies à l'article L. 931-1 et les opérations qui en découlent directement, exercées dans les conditions fixées par ledit article.

Elles peuvent adhérer à des règlements ou souscrire des contrats, au profit de leurs membres participants, auprès d'autres institutions de prévoyance, de mutuelles régies par le code de la mutualité ou de sociétés régies par le code des assurances dont l'objet est de couvrir des risques ou de garantir des engagements mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 931-1, dès lors que ces opérations demeurent d'importance limitée par rapport à celles qu'elles réalisent sous leur responsabilité directe. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les conditions et limites dans lesquelles les institutions et unions d'institutions de prévoyance peuvent réaliser ces opérations.

###### **Article R931-1-2**

Toute institution de prévoyance ou union est désignée par une dénomination sociale qui doit être suivie de la mention : Institution de prévoyance ou union régie par le code de la sécurité sociale. Cette mention figure obligatoirement dans les statuts, les règlements, les bulletins d'adhésion et les contrats de l'institution ainsi que dans tous documents à caractère contractuel ou publicitaire.

Toute institution de prévoyance ou union ayant la réassurance pour activité exclusive est désignée par une dénomination sociale qui doit être suivie de la mention " Institution de prévoyance ou union de réassurance régie par le code de la sécurité sociale ". Cette mention figure obligatoirement dans les statuts, les règlements, les bulletins d'adhésion et les contrats de l'institution ou de l'union ainsi que dans tous documents à caractère contractuel ou publicitaire.

Ces documents ne doivent contenir aucune assertion susceptible d'induire en erreur sur la véritable nature de l'institution ou de l'union ou l'importance réelle de ses engagements ainsi que sur la nature des contrôles exercés sur celles-ci sur la base des dispositions du présent titre et du titre V du présent livre.

## **Sous-section 2 : Constitution**

### **Article R931-1-3**

Les institutions de prévoyance sont constituées selon l'une des modalités suivantes :

a) Lorsque leur champ d'intervention s'étend à une branche professionnelle ou à une profession relevant du livre VII du code du travail, par la conclusion, pour la mise en oeuvre de l'article L. 912-1, d'une convention ou d'un accord collectif entre une ou plusieurs organisations syndicales d'employeurs et une ou plusieurs organisations syndicales de salariés ;

b) Lorsque leur champ d'intervention porte sur une entreprise, par la conclusion, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-2, d'une convention ou d'un accord collectif d'entreprise, ou par la ratification par les intéressés, dans les conditions fixées par l'article L. 911-5, d'un projet de l'employeur ; dans ce cas, les autres sociétés, liées au sens de l'article L. 233-16 du code de commerce à l'entreprise fondatrice, peuvent, dans les mêmes formes ou en étant parties à un accord ou une convention collective de groupe, participer à la constitution de l'institution ;

c) Lorsque le champ d'intervention est ouvert à plusieurs branches professionnelles, professions ou entreprises, par la délibération concordante, d'une part, des représentants des entreprises adhérentes, d'autre part, des représentants des membres participants tels que définis à l'article L. 931-3, réunis en une assemblée générale constitutive de l'institution convoquée dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ce même arrêté fixe, pour chacune de ces catégories, le nombre minimum de membres adhérents et de membres participants que l'institution doit comporter lors de sa constitution.

### **Article R931-1-4**

Les unions d'institutions de prévoyance sont constituées par la délibération concordante, en assemblée générale constitutive, de délégués élus ou désignés par le conseil d'administration de chaque institution membre et représentant, en nombre égal, les membres adhérents et les membres participants de l'institution.

## **Article R931-1-5**

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les mentions et les rubriques que doivent comporter les statuts d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance.

Dans les statuts d'une institution ou d'une union, il ne peut être stipulé aucun avantage particulier au profit des membres, adhérents ou participants, fondateurs de celle-ci.

## **Article R931-1-6**

Le fonds d'établissement des institutions de prévoyance et des unions d'institutions de prévoyance est destiné à faire face, dans les limites fixées par le programme d'activité mentionné à l'article L. 931-5, aux dépenses des cinq premiers exercices et à garantir les engagements de l'institution ou de l'union.

Le fonds d'établissement est de 380 000 euros au moins lorsque celles-ci pratiquent les opérations mentionnées soit au a, soit au a et au b de l'article L. 931-1 et de 230 000 euros au moins lorsqu'elles pratiquent les opérations mentionnées au b et au c du même article. Il doit être intégralement versé en espèces préalablement à la constitution de l'institution ou de l'union telle que prévue à l'article R. 931-1-9.

## **Article R931-1-7**

Avant la constitution de l'institution ou de l'union, chacun des éléments constitutifs du fonds d'établissement est déposé, pour le compte de l'institution ou de l'union en formation, soit chez un notaire, soit dans un établissement de crédit avec une liste comportant le montant de chacun de ces éléments constitutifs, la dénomination sociale et le siège social ou les noms et prénoms et le domicile de chacun des apporteurs ainsi que la somme apportée par chacun de ces derniers.

Le dépositaire est tenu, jusqu'au retrait de ces éléments constitutifs, de communiquer la liste mentionnée à l'alinéa précédent à chacun des apporteurs qui justifie de son apport. Chacun de ceux-ci peut en prendre connaissance et obtenir, à ses frais, la délivrance d'une copie.

Les apports sont constatés par un certificat du dépositaire établi au moment du dépôt des fonds, soit par le notaire, soit par l'établissement de crédit auprès duquel ils ont été déposés.

## **Article R931-1-8**

Les statuts de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance peuvent prévoir la constitution d'un fonds de développement destiné à procurer à l'institution ou à l'union les éléments de solvabilité dont elle doit disposer pour satisfaire à la réglementation en vigueur. Ce fonds est alimenté par des emprunts contractés en vue de financer un plan d'amélioration de l'exploitation ou un plan de développement à moyen ou long terme.

Les dispositions de l'article R. 931-1-7 s'appliquent au fonds de développement.

## **Article R931-1-9**

I. - En ce qui concerne les institutions de prévoyance qui se constituent dans les conditions prévues au a ou au b de l'article R. 931-1-3, la commission paritaire ou le chef d'entreprise et les intéressés adoptent le projet de statuts de l'institution, approuvent les modalités de constitution du fonds d'établissement, prennent connaissance du certificat du dépositaire mentionné à l'article R. 931-1-7, constatent que l'institution dispose de moyens financiers suffisants et approuvent, le cas échéant, les projets de règlements ; ils nomment les membres du premier conseil d'administration et le ou les commissaires aux comptes de l'institution lorsque ceux-ci ne l'ont pas été dans la convention ou l'accord.

Les statuts et les règlements de l'institution sont annexés, selon les cas, à la convention ou à l'accord collectif ou à l'accord ratifié par les intéressés.

L'institution de prévoyance n'est définitivement constituée qu'à partir du dépôt, selon les cas, de la convention ou de l'accord collectif dans les conditions posées par l'article L. 132-10 du code du travail ou de l'accord ratifié.

II. - En ce qui concerne les institutions de prévoyance qui se constituent dans les conditions prévues au c de l'article R. 931-1-3 et les unions d'institutions de prévoyance, la première assemblée générale, convoquée à la diligence des membres adhérents et des membres participants fondateurs, adopte le projet de statuts ainsi que les modalités de constitution du fonds d'établissement, prend connaissance du certificat du dépositaire mentionné à l'article R. 931-1-7, constate que l'institution ou l'union dispose de moyens financiers suffisants et approuve, le cas échéant, les projets de règlements ; elle nomme les membres du premier conseil d'administration et le ou les commissaires aux comptes de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance.

Le procès-verbal de la séance constate l'accord entre la majorité des membres adhérents, d'une part, et la majorité des membres participants, d'autre part, sur leur volonté de constituer une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance.

L'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance n'est définitivement constituée qu'à partir de cet accord.

## **Article R931-1-10**



Dans le mois qui suit la constitution de toute institution de prévoyance et union d'institutions de prévoyance, une copie certifiée de la convention, de l'accord ou de la délibération mentionnée à l'article R. 931-1-3 et à l'article R. 931-1-4 ainsi que des statuts est déposée en double exemplaire au greffe du tribunal de grande instance du siège social.

Sont soumises aux mêmes formalités toutes décisions modifiant ces documents ainsi que les statuts mis à jour. Les décisions ayant pour objet la fusion, la scission ou la dissolution de l'institution ou de l'union obéissent également à ces formalités.

### **Article R931-1-11**

Dans le même délai d'un mois, un extrait des documents mentionnés à l'article R. 931-1-10 est publié dans l'un des journaux habilités à recevoir les annonces légales dans le département du siège social. Il est justifié de l'insertion par un exemplaire du journal conservé au siège social de l'institution ou de l'union.

L'extrait comprend la dénomination sociale de l'institution ou de l'union, l'indication du siège social, la désignation des dirigeants tels que définis au second alinéa de l'article R. 951-4-1 et, en outre, le montant et le mode de constitution du fonds d'établissement et, s'il y a lieu, le montant et le mode d'alimentation du fonds de développement. Il indique également la date et le lieu du dépôt prévu à l'article R. 931-1-10.

### **Article R931-1-12**

Toute personne peut obtenir communication des pièces déposées au greffe du tribunal de grande instance ou s'en faire délivrer à ses frais expédition ou extrait par le greffier ou par le notaire détenteur de la minute.

## **Sous-section 3 : Relations entre les unions d'institutions de prévoyance et leurs membres**

### **Article R931-1-13**

Les statuts d'une union d'institutions de prévoyance fixent les modalités selon lesquelles, en cas de manquement d'une institution à ses obligations vis-à-vis de l'union, le conseil d'administration de cette dernière peut, après que l'institution concernée ait présenté ses observations, procéder à son exclusion.

### **Article R931-1-14**

Lorsque l'adhésion à une union est réalisée par une institution de prévoyance membre dans le cadre d'une convention, le bulletin d'adhésion au règlement de l'union ou le contrat souscrit auprès de celle-ci ainsi que la notice d'information remise à chaque membre participant indiquent en caractères apparents que l'union est seule responsable vis-à-vis des membres participants, des bénéficiaires et des ayants droit et précisent la nature des opérations réalisées par l'institution pour le compte de l'union.

## **Section 2 : Agrément administratif**

### **Article R931-2-1**

L'agrément administratif prévu à l'article L. 931-4 est accordé par l'Autorité de contrôle prudentiel. Pour l'octroi de l'agrément, les opérations réalisées par les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance sont classées en branches et sous-branches de la manière suivante :

1. Accidents (y compris les accidents du travail et les maladies professionnelles) :

- a) Prestations forfaitaires ;
- b) Prestations indemnitaires ;
- c) Combinaisons.

2. Maladie :

- a) Prestations forfaitaires ;
- b) Prestations indemnitaires ;
- c) Combinaisons.

16. Pertes pécuniaires diverses :

- a) Risques d'emploi.

20. Vie-décès :

Toute opération comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine autre que les activités visées aux branches 22 et 26.

#### 21. Nuptialité-natalité :

Toute opération ayant pour objet le versement d'un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants.

#### 22. Assurances liées à des fonds d'investissement :

Toutes opérations comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine et liées à un fonds d'investissement.

#### 24. Capitalisation :

Toute opération d'appel à l'épargne en vue de la capitalisation et comportant, en échange de versements uniques ou périodiques, directs ou indirects, des engagements déterminés quant à leur durée et à leur montant.

#### 25. Gestion de fonds collectifs :

Toute opération consistant à gérer les placements, et notamment les actifs représentatifs des réserves des organismes qui fournissent des prestations en cas de décès, en cas de vie ou en cas de cessation ou de réduction d'activités.

26. Toute opération à caractère collectif définie à la section 4 du chapitre II du titre III du présent livre.

### **Article R931-2-2**

Toute institution de prévoyance ou union d'institutions de prévoyance qui obtient l'agrément administratif pour un risque principal relevant d'une branche ou sous-branche mentionnée aux 1, 2 et 16 a de l'article R. 931-2-1 peut également garantir des risques relevant d'une autre branche ou sous-branche sans que l'agrément administratif soit exigé pour ces risques, lorsque ceux-ci sont liés au risque principal, concernent l'objet qui est couvert par le risque principal, et sont garantis par le bulletin d'adhésion au règlement ou par le contrat qui couvre le risque principal.

### **Article R931-2-3**

Les institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer les branches mentionnées aux 20 à 22 de l'article R. 931-2-1 peuvent être autorisées à réaliser directement, à titre de garantie accessoire au bulletin d'adhésion ou au contrat couvrant le risque principal, des garanties complémentaires relatives à la couverture des risques d'atteintes corporelles,

y compris l'incapacité de travail professionnelle, des risques de décès à la suite d'un accident et du risque d'invalidité à la suite d'un accident ou d'une maladie. La cotisation due doit distinguer la part relative à la couverture du risque principal et la part relative aux garanties accessoires.

Les garanties complémentaires au risque principal mentionnées au premier alinéa du présent article prennent fin au plus tard en même temps que la garantie principale.

#### **Article R931-2-4**

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance ne peuvent être agréées que pour pratiquer soit les branches ou sous-branches mentionnées aux 1, 2 et 16 a de l'article R. 931-2-1, soit les branches mentionnées aux 20 à 22 et 24 à 26 du même article.

Toutefois, les institutions et les unions peuvent être agréées pour pratiquer simultanément au moins deux ou plusieurs branches mentionnées soit aux 1 et 2, soit aux 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 931-2-1.

#### **Article R931-2-5**

L'agrément administratif est donné par branche aux institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance.

Exception faite de la branche 16, il couvre la branche entière, sauf si l'institution ou l'union ne désire garantir que les opérations relevant d'une ou plusieurs sous-branches.

#### **Article R931-2-5-1**

L'agrément administratif prévu à l'article L. 931-4-1 est accordé par l'Autorité de contrôle prudentiel. Pour l'octroi de cet agrément, les opérations de réassurance sont classées en activités de la manière suivante :

1. Non-vie : réassurance des opérations visées aux b et c de l'article L. 931-1 ;
2. Vie : réassurance des opérations visées au a de l'article L. 931-1.

#### **Article R931-2-5-2**

Les institutions et les unions de réassurance doivent limiter leur objet à l'activité de réassurance et aux opérations liées. Cette exigence peut inclure une fonction de détention de participation dans le secteur financier au sens de l'article L. 933-2 du présent code.

#### **Article R931-2-6**

Tous les documents accompagnant les demandes d'agrément doivent avoir été rédigés ou être

traduits en français [\*langue\*].

### **Article R931-2-7**

L'agrément administratif est donné par décision publiée au Journal officiel.

### **Article R931-2-8**

Toute décision de refus de l'agrément administratif doit être motivée et notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou remise contre récépissé, par l'Autorité de contrôle prudentiel à l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance concernée.

### **Article R931-2-9**

Pendant les cinq exercices suivant la délivrance de l'agrément administratif mentionné aux articles L. 931-4 et L. 931-4-1, l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance doit présenter à l'Autorité de contrôle prudentiel, pour chaque semestre, un compte rendu d'exécution du programme d'activités mentionné à l'article L. 931-5. Si l'activité de l'institution ou de l'union n'est pas conforme au programme d'activités, l'Autorité prend les mesures utiles en vue de la protection des intérêts des membres participants, bénéficiaires et ayants droit de ceux-ci. Sans préjudice de la mise en œuvre, le cas échéant, des mesures prévues aux articles L. 612-30 à L. 612-34 et L. 612-39 du code monétaire et financier, l'Autorité de contrôle prudentiel peut, sur le fondement de l'article L. 931-19 du présent code, procéder au retrait de l'agrément.

### **Article R931-2-10**

Toute institution de prévoyance ou union d'institutions de prévoyance est tenue de déclarer immédiatement à l'Autorité de contrôle prudentiel tout changement de l'une des personnes chargées de la diriger.

### **Article R931-2-11**

Lorsqu'en application de l'article L. 931-6 l'Autorité de contrôle prudentiel consulte l'autorité compétente, au sens du 10° de l'article L. 933-2, cette dernière dispose d'un délai d'un mois pour formuler ses observations. A sa demande, ce délai peut être prorogé d'un mois.

## **Section 3 : (Fonctionnement)**

### **Sous-section 1 : Conseil d'administration**

#### **Paragraphe 1 : Composition du conseil d'administration**

##### **Article R931-3-1**

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance sont administrées par un conseil d'administration composé de personnes physiques représentant, en nombre égal, les membres adhérents, qui constituent le collège des adhérents, et les membres participants, qui constituent le collège des participants. Les statuts fixent le nombre de membres du conseil, qui ne peut être inférieur à dix, ni supérieur à trente.

##### **Article R931-3-2**

Les statuts des institutions de prévoyance déterminent la composition du conseil d'administration.

Les administrateurs des institutions de prévoyance constituées selon le a du premier alinéa de l'article R. 931-1-3 sont désignés, pour le collège des adhérents, par les organisations syndicales d'employeurs et, pour le collège des participants, par les organisations syndicales de salariés ayant participé à la négociation de la convention, de l'accord collectif ou de leurs avenants.

Les administrateurs des institutions de prévoyance constituées selon le b du premier alinéa de l'article R. 931-1-3 appartenant au collège des adhérents sont désignés par l'employeur. Lorsque l'institution a été constituée sur la base d'une convention ou d'un accord collectif, les administrateurs appartenant au collège des participants sont désignés par les organisations syndicales de salariés ayant participé à la négociation de la convention, de l'accord collectif ou de leurs avenants ; lorsque l'institution a été constituée sur la base d'un accord ratifié par référendum, ces administrateurs sont élus par les intéressés.

Les administrateurs des institutions constituées selon le c du premier alinéa de l'article R. 931-1-3 sont soit élus, pour chacun des deux collèges, d'une part, par les membres ou les délégués adhérents de l'assemblée générale, d'autre part, par les membres ou les délégués participants de celle-ci, soit désignés, pour le collège des adhérents, par les organisations syndicales d'employeurs et, pour le collège des participants, par les organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'intervention de l'institution, soit, enfin, et dans les mêmes conditions, pour une part, désignés par ces mêmes organisations et, pour l'autre part, élus par l'assemblée générale. Dans ce dernier cas, le nombre d'administrateurs désignés ne peut, pour chaque collège, excéder la moitié du nombre total d'administrateurs.

Lorsque les statuts de l'institution prévoient des administrateurs suppléants, ceux-ci sont élus ou désignés dans les mêmes conditions que les administrateurs titulaires.

### **Article R931-3-3**

Les organisations syndicales d'employeurs et de salariés procèdent à la désignation d'administrateurs conformément aux dispositions de l'article R. 931-3-2 :

- a) Soit en fonction de leur représentativité dans le champ d'intervention de l'institution ;
- b) Soit sur la base d'un nombre égal de sièges par organisation syndicale dans chacun des deux collèges.

Dans tous les cas, les organisations syndicales veillent, par les désignations qu'elles opèrent, à assurer la représentation de l'ensemble des membres adhérents et participants de l'institution.

### **Article R931-3-4**

Les administrateurs des unions d'institutions de prévoyance ainsi que leurs suppléants sont élus dans les conditions fixées par les statuts, pour chacun des deux collèges, respectivement par les délégués à l'assemblée générale des membres adhérents de chacune des institutions membres de l'union et par les délégués à l'assemblée générale des membres participants de ces institutions.

### **Article R931-3-5**

Sous réserve des dispositions de l'article R. 931-3-10, la durée des fonctions d'administrateur est fixée par les statuts de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance sans pouvoir excéder six ans.

Le mandat des administrateurs sortants peut être renouvelé, sauf stipulation contraire des statuts.

### **Article R931-3-6**

Toute élection ou désignation des administrateurs intervenue en violation des dispositions des articles R. 931-3-1 à R. 931-3-5 est nulle, à l'exception de celles auxquelles il est procédé dans les conditions prévues à l'article R. 931-3-10.

### **Article R931-3-7**

Les statuts doivent prévoir, pour l'exercice des fonctions d'administrateur, une limite d'âge, s'appliquant soit à l'ensemble des administrateurs, soit à un pourcentage déterminé d'entre eux identique pour chacun des deux collèges.

A défaut de disposition expresse dans les statuts, le nombre des administrateurs ayant dépassé la limite d'âge de soixante-dix ans ne pourra être supérieur, dans chacun des deux collèges, au tiers des administrateurs en fonction.

Toute élection ou désignation intervenue en violation des dispositions des deux alinéas précédents est nulle.

A défaut de disposition expresse dans les statuts prévoyant une procédure différente, lorsque la limitation statutaire ou légale fixée pour l'âge des administrateurs est dépassée, l'administrateur le plus âgé du collège considéré est réputé démissionnaire d'office.

### **Article R931-3-8**

Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de quatre conseils d'administration d'institutions de prévoyance et d'unions d'institutions de prévoyance.

Toute personne qui, lorsqu'elle accède à un nouveau mandat, se trouve en infraction avec les dispositions de l'alinéa qui précède doit, dans les trois mois de sa nomination, se démettre de l'un de ses mandats. A l'expiration de ce délai, elle est réputée s'être démise de son nouveau mandat, sans que soit, de ce fait, remise en cause la validité des délibérations auxquelles elle a pris part.

Les mandats d'administrateur des institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance ayant la même dénomination sociale ne comptent que pour un seul mandat.

### **Article R931-3-9**

Un administrateur d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance ne peut être salarié de l'institution ou de l'union.

Un ancien salarié d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance ne peut être nommé administrateur de celles-ci pendant une durée de trois ans à compter de la rupture de son contrat de travail.

Toute nomination intervenue en violation des dispositions des deux alinéas qui précèdent est nulle. Cette nullité n'entraîne pas celle des délibérations auxquelles a pris part l'administrateur



irrégulièrement nommé.

## **Article R931-3-10**

Les postes d'administrateur devenus vacants par décès, démission ou perte de la qualité de membre de l'institution ou de l'union, ou encore, lorsque l'administrateur a été désigné par une organisation syndicale, par démission de l'organisation syndicale d'employeurs ou de salariés représentée ou retrait du mandat confié par ladite organisation syndicale, sont pourvus dans des conditions et délais définis par les statuts de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance.

## **Paragraphe 2 : Attributions et fonctionnement du conseil d'administration**

### **Article R931-3-11**

Le conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour administrer l'institution ou l'union. A cet effet, il prend, notamment, toutes décisions afin que celle-ci soit en mesure de remplir les engagements qu'elle a pris au titre des opérations mentionnées au chapitre II du présent titre et qu'elle dispose de la marge de solvabilité réglementaire.

Le conseil détermine les orientations relatives aux activités de l'institution ou de l'union telles que définies à l'article L. 931-1 ainsi que les principes directeurs que celle-ci se propose de suivre en matière de placements et de réassurance. Il détermine également les orientations de la politique d'action sociale de l'institution ou de l'union. Il arrête le budget, les comptes ainsi que le rapport de gestion.

Le conseil nomme et révoque, en dehors de ses membres, un directeur général et détermine les éléments de son contrat de travail. Il fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la gestion de l'institution ou de l'union.

Le conseil organise ses travaux. Il peut constituer un bureau dont la composition et les attributions sont déterminées par les statuts.

Le conseil met en oeuvre les décisions prises selon les cas par la commission paritaire, par l'employeur et la majorité des intéressés ou par l'assemblée générale.

Le conseil exerce ses attributions conformément aux statuts et règlements de l'institution ou de l'union dans la limite de l'objet social et sous réserve de ceux expressément attribués, selon les cas, par les lois et règlements, à la commission paritaire, à l'employeur et aux intéressés ou aux assemblées générales.

## **Article R931-3-12**

Le conseil d'administration peut nommer en son sein une ou plusieurs commissions. Ces commissions exercent leur activité sous la responsabilité du conseil qui ne peut en aucun cas leur déléguer les pouvoirs qu'il tient de l'article R. 931-3-11.

Lorsque l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance met en oeuvre une action sociale au profit de ses membres participants, bénéficiaires et ayants droits, le conseil peut créer une commission d'action sociale à laquelle il donne mandat, sur la base des orientations qu'il arrête, pour l'attribution d'aides individuelles. La commission d'action sociale rend obligatoirement compte au conseil, chaque année, de l'exercice de son mandat.

Le conseil d'administration d'une union d'institutions de prévoyance peut donner mandat aux conseils d'administration des institutions de prévoyance qui en sont membres pour la mise en oeuvre de l'action sociale de l'union. Nonobstant l'application des dispositions de l'alinéa précédent par les institutions membres, la commission d'action sociale de chacune d'entre elles rend obligatoirement compte au conseil d'administration de l'union de l'exercice du mandat qui lui a été consenti.

## **Article R931-3-13**

Dans les rapports avec les tiers, l'institution ou l'union est engagée même par les actes du conseil d'administration qui ne relèvent pas de l'objet social, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances, étant exclu que la seule publication des statuts suffise à constituer cette preuve. Il en est de même pour les décisions prises par le directeur général dans le cadre de la délégation mentionnée au troisième alinéa de l'article R. 931-3-11.

Les dispositions des statuts limitant les pouvoirs du conseil d'administration sont inopposables aux tiers.

Les cautions, avals et garanties donnés par l'institution ou l'union font l'objet d'une autorisation du conseil d'administration dans les conditions définies aux premier, deuxième, troisième et cinquième alinéas de l'article 89 du décret n° 67-236 du 23 mars 1967 sur les sociétés commerciales.

L'institution ou l'union sont valablement représentées dans tous les actes de la vie civile soit par le président ou, à défaut, par le vice-président du conseil d'administration, soit, dans le cadre de la délégation mentionnée au troisième alinéa de l'article R. 931-3-11, par le directeur général.

## **Article R931-3-14**

Le déplacement du siège social dans le même département ou dans un département limitrophe peut

être décidé par le conseil d'administration, sous réserve de ratification de cette décision par, selon le cas, la prochaine commission paritaire ou assemblée générale.

### **Article R931-3-15**

Le conseil d'administration d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance élit en alternance et pour une durée fixée par les statuts, inférieure à celle des fonctions d'administrateur, un président et un vice-président obligatoirement choisis parmi des administrateurs appartenant à des collèges différents.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président et du vice-président. Toute disposition contraire au présent article est réputée non écrite.

Le président ou, à défaut, le vice-président convoque le conseil d'administration et fixe l'ordre du jour de ses réunions.

### **Article R931-3-16**

Les statuts prévoient pour l'exercice des fonctions de président du conseil d'administration et de vice-président une limite d'âge qui, à défaut d'une disposition expresse, est fixée à soixante-dix ans.

Toute nomination intervenue en violation des dispositions prévues à l'alinéa précédent est nulle.

Lorsqu'un président ou un vice-président atteint la limite d'âge, il est réputé démissionnaire d'office.

### **Article R931-3-17**

Nul ne peut exercer simultanément plus de trois mandats de président ou de vice-président du conseil d'administration d'une institution ou d'une union d'institutions de prévoyance.

Sauf disposition contraire des statuts, nul ne peut exercer simultanément un mandat de président ou de vice-président d'une union d'institutions de prévoyance et d'une institution de prévoyance membre de ladite union.

Les dispositions des deux derniers alinéas de l'article R. 931-3-8 sont applicables.

### **Article R931-3-18**

Les statuts des institutions de prévoyance et des unions d'institutions de prévoyance fixent les

conditions d'établissement et de contrôle, ainsi que la durée et les modalités de renouvellement de la délégation de pouvoirs mentionnée au troisième alinéa de l'article R. 931-3-11 que le conseil d'administration consent au directeur général de l'institution ou de l'union.

Le directeur général peut déléguer ses pouvoirs à ses collaborateurs. Le conseil d'administration est obligatoirement informé de ces délégations, qui ne peuvent être générales.

### **Article R931-3-19**

Tout candidat aux fonctions de directeur général d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance doit faire connaître au conseil d'administration les autres fonctions qu'il exerce à cette date afin que le conseil puisse apprécier leur compatibilité avec les fonctions de directeur général de l'institution ou de l'union.

Le directeur général d'une institution ou d'une union doit informer le conseil d'administration de toute autre fonction qui pourrait lui être confiée. Le conseil statue dans un délai d'un mois sur la compatibilité de ces fonctions avec celles de directeur général de l'institution ou de l'union.

### **Article R931-3-20**

Les statuts prévoient pour l'exercice des fonctions de directeur général une limite d'âge qui ne peut excéder soixante-cinq ans.

Toute nomination intervenue en violation des dispositions prévues à l'alinéa précédent est nulle.

Lorsqu'un directeur général atteint la limite d'âge, il est réputé démissionnaire d'office.

### **Article R931-3-21**

Le conseil d'administration d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents ou représentés. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents ou représentés. Toute clause contraire est réputée non écrite.

L'administrateur d'un collège déterminé ne peut disposer, au cours d'une même séance, que d'une procuration donnée par un administrateur appartenant au même collège.

Les administrateurs, ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administration, sont tenus à la discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le président, le vice-président ou le directeur général.

## **Article R931-3-22**

A peine de nullité du contrat, il est interdit aux dirigeants tels que définis au second alinéa de l'article R. 951-4-1 de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de l'institution ou de l'union, de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers et de percevoir, directement ou par personne interposée, toute rémunération relative aux opérations mises en oeuvre par l'institution ou l'union. La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des personnes visées au présent article ainsi qu'à toute personne interposée.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en cette dernière qualité, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par l'institution ou l'union à l'ensemble de ses membres participants au titre de l'action sociale qu'elle met en oeuvre. Cette interdiction ne s'applique pas aux dirigeants de l'institution ou de l'union autres que les administrateurs lorsque ceux-ci sont susceptibles d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de l'institution ou de l'union. Dans tous les cas, le conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des dirigeants.

## **Article R931-3-23**

Les fonctions d'administrateur d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance sont gratuites. Toutefois, les administrateurs ont droit au remboursement des frais de déplacement ou de séjour ainsi que des pertes de salaires subies à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Toute clause contraire est réputée non écrite.

## **Paragraphe 3 : Conventions réglementées**

### **Article R931-3-24**

Toute convention intervenant entre une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance, ou toute personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion, et l'un de ses dirigeants tel que défini au second alinéa de l'article R. 951-4-1 doit être soumise à l'autorisation préalable du conseil d'administration.

Il en est de même des conventions auxquelles un dirigeant est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec l'institution ou l'union par personne interposée.

Sont également soumises à autorisation préalable les conventions intervenant entre une institution de prévoyance ou une union et toute personne morale, si l'un des dirigeants de l'institution ou de

l'union est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire ou du conseil de surveillance de ladite personne morale.

### **Article R931-3-25**

Les dispositions de l'article R. 931-3-24 ne sont pas applicables aux conventions portant sur des opérations courantes et conclues à des conditions normales.

### **Article R931-3-26**

Sans préjudice de la responsabilité du dirigeant intéressé, les conventions visées à l'article R. 931-3-24 et conclues sans autorisation préalable du conseil d'administration peuvent être annulées si elles ont eu des conséquences dommageables pour l'institution ou l'union.

L'action en nullité se prescrit par trois ans, à compter de la date de la convention. Toutefois, si la convention a été dissimulée, le point de départ du délai de la prescription est reporté au jour où elle a été révélée.

La nullité peut être couverte par un vote de la commission paritaire ou de l'assemblée générale intervenant sur rapport spécial des commissaires aux comptes exposant les circonstances en raison desquelles la procédure d'autorisation n'a pas été suivie. Les dispositions du quatrième alinéa de l'article R. 931-3-27 sont applicables.

### **Article R931-3-27**

Le dirigeant tel que défini au second alinéa de l'article R. 951-4-1 est tenu d'informer le conseil d'administration de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance dès qu'il a connaissance d'une convention à laquelle l'article R. 931-3-24 est applicable. Le dirigeant intéressé, lorsqu'il s'agit d'un administrateur, ne peut prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.

Le président du conseil d'administration ou, à défaut, le vice-président donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées dans un délai d'un mois à compter de leur conclusion. Celles-ci sont soumises à l'approbation de la commission paritaire ou de l'assemblée générale.

Les commissaires aux comptes présentent, sur ces conventions, un rapport spécial à la commission paritaire ou à l'assemblée qui statue sur ce rapport.

L'administrateur intéressé ne prend pas part au vote.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale précise les modalités d'application du présent

article.

## **Article R931-3-28**

Les conventions approuvées, comme celles qui sont désapprouvées, par la commission paritaire ou l'assemblée générale produisent leurs effets à l'égard des tiers, sauf lorsqu'elles sont annulées dans le cas de fraude.

Même en l'absence de fraude, les conséquences préjudiciables à l'institution de prévoyance ou à l'union d'institutions de prévoyance des conventions désapprouvées peuvent être mises à la charge du dirigeant intéressé et, éventuellement, des autres dirigeants tels que définis au second alinéa de l'article R. 951-4-1.

## **Sous-section 2 : Commission paritaire, consultation des intéressés par l'employeur et assemblée générale**

### **Paragraphe 1 : Dispositions générales et attributions**

#### **Article R931-3-29**

Les attributions mentionnées aux articles R. 931-3-30 et R. 931-3-31 sont, selon les cas, exercées par :

- a) La commission paritaire qui, conformément aux dispositions du a et du b de l'article R. 931-1-3, a constitué l'institution ;
- b) L'employeur et les intéressés pour celles figurant à l'article R. 931-3-30 et l'assemblée générale pour celles figurant à l'article R. 931-3-31 lorsque l'institution a été constituée à la suite de la ratification par les intéressés d'un projet de l'employeur conformément au b de l'article R. 931-1-3 ;
- c) L'assemblée générale lorsque l'institution a été constituée conformément au c de l'article R. 931-1-3 ou lorsqu'il s'agit d'une union d'institutions de prévoyance.

#### **Article R931-3-30**

La commission paritaire, l'employeur et les intéressés ou l'assemblée générale, dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article R. 931-3-41, sont seuls habilités à se prononcer sur la modification des statuts et règlements des institutions de prévoyance et de leurs unions, le transfert de tout ou partie d'un portefeuille d'opérations, que l'institution ou l'union soit cédante ou cessionnaire, la fusion, la scission ou la dissolution de l'institution ou de l'union.

Les décisions prises par la commission paritaire ou par l'employeur et les intéressés dans le cadre de l'alinéa précédent prennent la forme d'un avenant à la convention ou à l'accord qui a constitué l'institution.

### **Article R931-3-31**

Les décisions autres que celles mentionnées à l'article R. 931-3-30 sont prises par la commission paritaire et par l'assemblée générale dans les conditions visées au présent article.

La commission paritaire ou l'assemblée générale sont réunies au moins une fois par an, dans les six mois suivant la clôture de l'exercice, sauf prolongation de ce délai, à la demande motivée du conseil d'administration, par ordonnance du tribunal de grande instance statuant sur requête.

Après lecture du rapport de gestion, le conseil d'administration présente à la commission paritaire ou à l'assemblée générale les comptes annuels de l'institution ou de l'union. Les commissaires aux comptes relatent dans leur rapport l'accomplissement de leur mission.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale précise le contenu du rapport de gestion du conseil d'administration.

La commission paritaire ou l'assemblée générale délibèrent et statuent sur toutes les questions relatives aux comptes de l'exercice écoulé. Elles exercent les pouvoirs qui leur sont attribués, notamment par les articles R. 931-3-26, troisième alinéa, et R. 931-3-27, deuxième et troisième alinéa.

Elles autorisent les emprunts pour fonds de développement ainsi que les émissions, par l'institution ou l'union, des titres et emprunts subordonnés.

Pour l'exercice des attributions prévues au présent article, la commission paritaire se prononce par voie de délibération adoptée par accord entre, d'une part, l'employeur ou la majorité des organisations syndicales d'employeurs et, d'autre part, la majorité des organisations syndicales de salariés.

### **Article R931-3-32**

Lorsque les circonstances le justifient, les commissaires aux comptes et les liquidateurs peuvent convoquer la commission paritaire ou enjoindre à l'employeur de consulter les intéressés.

### **Article R931-3-33**



Le conseil d'administration adresse ou met à la disposition en temps utile, selon le cas, des membres de la commission paritaire, des membres de l'assemblée générale ou de l'employeur et des intéressés les documents nécessaires pour leur permettre de se prononcer en connaissance de cause et de porter un jugement informé sur la gestion de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste de ces documents ainsi que leurs modalités d'envoi et de mise à disposition.

A compter de la communication prévue au premier alinéa du présent article, tout membre de la commission paritaire ou de l'assemblée générale a la faculté de poser par écrit des questions auxquelles le conseil d'administration est tenu de répondre au cours de la réunion de la commission paritaire ou de l'assemblée.

### **Article R931-3-34**

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste des documents dont tout membre adhérent ou participant de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance a le droit, à toute époque, d'obtenir communication.

### **Article R931-3-35**

Lorsqu'une institution ou une union refuse à un membre adhérent ou à un membre participant, en totalité ou en partie, communication des documents mentionnés aux articles R. 931-3-33 et R. 931-3-34, le président du tribunal de grande instance, statuant en référé, peut, à la demande de cette personne, ordonner à l'institution ou à l'union, sous astreinte, de lui communiquer ces documents dans les conditions prévues à ces mêmes articles.

### **Article R931-3-36**

Les décisions prises en violation des articles R. 931-3-30 et R. 931-3-31, troisième et septième alinéa, sont nulles.

## **Paragraphe 2 : Composition et fonctionnement des assemblées générales**

### **Article R931-3-37**

Les statuts de l'institution ou de l'union déterminent la composition de l'assemblée générale sous réserve des dispositions des articles R. 931-3-38 à R. 931-3-40.

### **Article R931-3-38**

L'assemblée générale des institutions de prévoyance est composée soit de l'ensemble des membres adhérents et des membres participants, soit de délégués désignés ou élus représentant les membres adhérents et les membres participants.

Dans tous les cas, ne peuvent participer à l'assemblée générale que les membres à jour de leurs cotisations.

### **Article R931-3-39**

Lorsque l'assemblée générale d'une institution de prévoyance est composée de délégués nommés par les organisations syndicales d'employeurs et de salariés, les statuts fixent les modalités de leur nomination qui doivent permettre d'assurer une représentation de l'ensemble des membres adhérents et de l'ensemble des membres participants qui prend notamment en compte les résultats des élections professionnelles dans la ou les entreprises couvertes par l'institution. Les statuts peuvent également prévoir un nombre de sièges identique pour chacune des organisations syndicales de salariés.

Lorsque l'assemblée générale d'une institution de prévoyance est composée de délégués élus par les membres adhérents et les membres participants, ceux-ci peuvent être répartis en circonscription de vote selon des critères géographiques ou professionnels.

Dans tous les cas, le nombre des délégués d'un même collège ne peut être inférieur à trente.

Les clauses des statuts contraires aux dispositions du présent article sont réputées non écrites.

### **Article R931-3-40**

L'assemblée générale des unions d'institutions de prévoyance est constituée soit de délégués désignés par chacun des deux collèges des conseils d'administration des institutions qui en sont membres, soit de l'ensemble des administrateurs appartenant à chacun desdits conseils d'administration. Le nombre de voix des délégués est fonction du nombre de membres participants couverts par l'union. Il ne peut en aucun cas être déterminé par référence au volume d'activité des institutions membres de l'union.

### **Article R931-3-41**

Lorsqu'elle se réunit pour exercer les attributions fixées par l'article R. 931-3-30, l'assemblée générale ne délibère valablement que si, lors de la première convocation et pour chacun des deux collèges, le tiers au moins des membres ou des délégués sont présents ou représentés. A défaut de ce dernier quorum, une seconde assemblée est convoquée qui délibère quel que soit le quorum.

Lorsqu'elle se réunit pour exercer les attributions fixées par l'article R. 931-3-31, l'assemblée générale ne délibère valablement que si, lors de la première convocation et pour chacun des deux collèges, le quart au moins des membres ou des délégués sont présents ou représentés. A défaut de ce dernier quorum, une seconde assemblée est convoquée qui délibère quel que soit le quorum.

Dans tous les cas, les projets de délibérations soumis à l'assemblée générale sont adoptés par voie de délibération concordante entre les membres ou délégués adhérents et participants, qu'ils soient présents ou représentés ou aient fait usage de la faculté de vote par correspondance.

### **Article R931-3-42**

L'assemblée générale est convoquée par le président du conseil d'administration ou, en cas d'empêchement, par le vice-président.

Lorsque les circonstances le justifient, elle peut être également convoquée par les commissaires aux comptes et les liquidateurs.

Sauf clause différente des statuts, les assemblées générales sont réunies au siège social ou en tout autre lieu du même département ou de la même région.

Une feuille de présence est tenue à chaque assemblée.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les formes et délais de convocation de l'assemblée générale.

### **Article R931-3-43**

L'ordre du jour de l'assemblée générale est fixé par l'auteur de la convocation. L'assemblée ne peut délibérer sur une question qui n'est pas inscrite à l'ordre du jour. L'ordre du jour de l'assemblée ne peut être modifié sur deuxième convocation.

### **Article R931-3-44**

Tout membre de l'assemblée générale peut voter par procuration ou par correspondance. Les dispositions contraires des statuts sont réputées non écrites.

## **Article R931-3-45**

Les délibérations prises en violation des articles R. 931-3-41, R. 931-3-42, quatrième alinéa, et R. 931-3-43 sont nulles.

## **Sous-section 3 : Emprunts, titres participatifs**

### **Article R931-3-46**

Tout emprunt destiné à la constitution et, éventuellement, à l'alimentation du fonds de développement est autorisé conformément aux dispositions de l'article R. 931-3-31 par la commission paritaire ou l'assemblée générale se prononçant par une délibération spéciale.

### **Article R931-3-47**

Trois mois au moins avant la réunion de la commission paritaire ou de l'assemblée générale, l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance soumet à l'approbation de l'Autorité de contrôle prudentiel le texte du projet de délibération mentionnée à l'article R. 931-3-46. L'Autorité se prononce au vu du plan d'amélioration de l'exploitation ou du plan de développement à moyen ou long terme mentionnés à l'article R. 931-1-8. A l'expiration d'un délai de deux mois à dater du dépôt du texte de l'un ou l'autre de ces plans ainsi que du texte de la délibération, en l'absence de décision expresse de l'Autorité, l'autorisation est réputée accordée.

### **Article R931-3-48**

La délibération mentionnée à l'article R. 931-3-46 détermine, le cas échéant, la ou les catégories de membres à laquelle ou auxquelles il est proposé de souscrire à l'emprunt.

L'institution ou l'union est tenue d'informer, au moins une fois par an, chaque membre participant ou adhérent concerné du montant et de l'échéance de sa créance au titre de l'emprunt pour fonds de développement.

### **Article R931-3-49**

Les prospectus, affiches, circulaires, notices, annonces ou documents quelconques relatifs aux emprunts que les institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance contractent sur

la base des dispositions du premier alinéa de l'article R. 931-3-48 comprennent une mention en caractères apparents indiquant de manière explicite qu'un privilège est institué au profit de leurs membres participants et bénéficiaires par l'article R. 931-22 et que le membre adhérent ou participant qui souscrit à un emprunt pour fonds de développement émis par ces institutions ou unions ne bénéficie d'aucun privilège pour les intérêts et le remboursement de l'emprunt.

### **Article R931-3-50**

Il est porté chaque année dans les charges de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance une somme constante destinée au paiement des intérêts et au remboursement des emprunts ou à la constitution de la réserve pour amortissement des emprunts.

### **Article R931-3-51**

Toute émission de titres participatifs ou de titres subordonnés remboursables dans les conditions prévues à l'article L. 931-12 est autorisée par la commission paritaire ou l'assemblée générale se prononçant par une délibération spéciale.

Trois mois au moins avant la réunion de la commission paritaire ou de l'assemblée générale, l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance soumet à l'approbation de l'Autorité de contrôle prudentiel le texte du projet de délibération mentionnée au premier alinéa. L'Autorité se prononce en veillant à la sauvegarde des intérêts des membres participants et bénéficiaires au vu d'un dossier comprenant une présentation détaillée des objectifs poursuivis, des caractéristiques des titres émis, des conséquences de l'émission sur la situation financière de l'institution ou de l'union ainsi que, le cas échéant, une description précise des cas de remboursement anticipé. A l'expiration d'un délai de deux mois à dater du dépôt de ce dossier ainsi que du texte de la délibération, en l'absence de décision expresse de l'Autorité, l'autorisation est réputée accordée.

La délibération de la commission paritaire ou de l'assemblée générale fixe les caractéristiques essentielles de l'émission de titres participatifs et, notamment, l'assiette de la rémunération pour la partie variable. Pour les titres subordonnés, elle précise la clause de subordination et les modalités de remboursement, notamment en cas de liquidation de l'institution ou de l'union.

L'émission doit être réalisée en une ou plusieurs fois dans un délai de deux ans à compter de l'adoption de la délibération par la commission paritaire ou l'assemblée générale.

Le conseil d'administration rend compte à la plus prochaine commission paritaire ou assemblée générale de la mise en oeuvre de la délibération. "

## **Sous-section 4 : Certification des comptes**

## **Article R931-3-52**

Les commissaires aux comptes ne peuvent être nommés dirigeants, au sens du second alinéa de l'article R. 951-4-1, des institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance qu'ils contrôlent moins de cinq années après la cessation de leurs fonctions. La même interdiction est applicable aux associés, actionnaires ou dirigeants d'une société de commissaires aux comptes.

Pendant le même délai, ils ne peuvent exercer les mêmes fonctions dans les sociétés dont l'institution ou l'union possède le dixième du capital lors de la cessation des fonctions du commissaire.

## **Article R931-3-53**

Les personnes ayant été dirigeants au sens du second alinéa de l'article R. 951-4-1 ou salariés d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance ne peuvent être nommées commissaires aux comptes de cette institution ou de cette union moins de cinq années après la cessation de leurs fonctions.

Pendant le même délai, elles ne peuvent être nommées commissaires aux comptes dans les sociétés dont l'institution ou l'union possédait le dixième du capital lors de la cessation de leurs fonctions.

Les interdictions prévues au présent article pour les personnes mentionnées au premier alinéa sont applicables aux sociétés de commissaires aux comptes dont lesdites personnes sont associées, actionnaires ou dirigeantes.

## **Article R931-3-54**

Les délibérations prises à défaut de désignation régulière de commissaires aux comptes ou sur le rapport de commissaires aux comptes nommés ou demeurés en fonction contrairement aux dispositions des articles L. 225-219 et L. 225-224 du code de commerce sont nulles. L'action en nullité est éteinte si ces délibérations sont expressément confirmées par une commission paritaire ou une assemblée générale sur le rapport de commissaires régulièrement désignés.

## **Article R931-3-55**

En dehors des cas prévus à l'article R. 931-1-9, les commissaires aux comptes sont désignés par la commission paritaire ou l'assemblée générale dont les attributions sont prévues à l'article R. 931-3-31. Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 823-1 du code de commerce sont applicables.

## **Article R931-3-56**

Les commissaires aux comptes sont nommés pour six exercices. Leurs fonctions expirent après la réunion de la commission paritaire ou de l'assemblée générale qui statue sur les comptes du sixième exercice.

Le commissaire aux comptes nommé, selon le cas, par la commission paritaire ou l'assemblée générale en remplacement d'un autre ne demeure en fonction que jusqu'à l'expiration du mandat de son prédécesseur.

Si, selon les cas, la commission paritaire ou l'assemblée générale omet d'élire un commissaire, tout membre adhérent ou participant de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance peut demander au tribunal de grande instance statuant en référé la désignation d'un commissaire aux comptes, le président et le vice-président du conseil d'administration de l'institution ou de l'union dûment appelés ; le mandat ainsi conféré prend fin lorsqu'il a été pourvu par la commission paritaire ou l'assemblée générale à la nomination du ou des commissaires.

## **Article R931-3-57**

En cas de faute ou d'empêchement, les commissaires aux comptes peuvent, à la demande du conseil d'administration ou, selon le cas, de la commission paritaire ou de l'assemblée générale, être relevés de leurs fonctions avant l'expiration normale de celles-ci par le tribunal de grande instance statuant en référé.

Lorsque, à l'expiration des fonctions d'un commissaire aux comptes, il est proposé, selon le cas, à la commission paritaire ou à l'assemblée générale de ne pas le renouveler, le commissaire aux comptes doit être, s'il le demande, entendu, selon le cas, par la commission paritaire ou par l'assemblée générale.

## **Article R931-3-58**

Les commissaires aux comptes certifient que les comptes annuels sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé ainsi que de la situation financière et du patrimoine de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance à la fin de cet exercice selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

Ils ont pour mission permanente, à l'exclusion de toute immixtion dans la gestion, de vérifier les valeurs et les documents comptables de l'institution ou de l'union et de contrôler la conformité de sa comptabilité aux règles en vigueur. Ils vérifient également la sincérité et la concordance avec les comptes annuels des informations données dans le rapport de gestion du conseil d'administration et dans les documents adressés aux membres de la commission paritaire ou aux membres de l'assemblée générale sur la situation financière et les comptes annuels.

Les premier, deuxième et dernier alinéas de l'article L. 823-13 du code de commerce s'appliquent aux institutions de prévoyance et aux unions d'institutions de prévoyance.

### **Article R931-3-59**

Lorsque le commissaire aux comptes d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance relève, à l'occasion de l'exercice de sa mission, des faits de nature à compromettre la continuité de l'exploitation, il en informe le président et le vice-président du conseil d'administration dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

A défaut de réponse sous quinze jours ou si celle-ci ne permet pas d'être assuré de la continuité de l'exploitation, le commissaire aux comptes invite par écrit le président ou le vice-président du conseil d'administration à faire délibérer le conseil d'administration sur les faits relevés. Le commissaire aux comptes est convoqué à cette séance. La délibération du conseil d'administration est communiquée au comité d'entreprise. Le commissaire aux comptes en informe le président du tribunal de grande instance du siège social de l'institution ou de l'union.

En cas d'observation de ces dispositions ou s'il constate qu'en dépit des décisions prises la continuité de l'exploitation demeure compromise, le commissaire aux comptes établit un rapport spécial qui est présenté à la prochaine commission paritaire ou assemblée générale. Ce rapport est communiqué au comité d'entreprise.

Si, à l'issue de la réunion de la commission paritaire ou de celle de l'assemblée générale, le commissaire aux comptes constate que les décisions prises ne permettent pas d'assurer la continuité de l'exploitation, il informe de ses démarches le président du tribunal de grande instance et lui en communique les résultats.

### **Article R931-3-60**

Lorsque le comité d'entreprise ou, s'il n'est pas constitué, les délégués du personnel ont connaissance de faits de nature à affecter de manière préoccupante la situation économique de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance, ils peuvent demander au directeur général, dans les conditions définies aux articles L. 422-4 et L. 432-5 du code du travail, de leur fournir des explications.

Le directeur général est tenu d'en informer le président et le vice-président.

Si le comité d'entreprise ou, à défaut, les délégués du personnel n'ont pu obtenir de réponse suffisante du directeur général ou si celle-ci confirme le caractère préoccupant de la situation, ils établissent un rapport.

Le rapport est transmis au directeur général et au commissaire aux comptes. Le directeur général est tenu de le remettre au président et au vice-président.



### **Article R931-3-61**

Les commissaires aux comptes sont convoqués à la réunion du conseil d'administration, qui arrête les comptes de l'exercice écoulé, ainsi qu'aux commissions paritaires ou aux assemblées générales.

### **Article R931-3-62**

Les honoraires des commissaires aux comptes sont à la charge de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance. Le montant des honoraires est fixé d'un commun accord entre le commissaire aux comptes et l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance, eu égard à l'importance effective du travail nécessaire à l'accomplissement de la mission légale de contrôle.

Le président du tribunal de grande instance du lieu du siège social de l'institution ou de l'union, statuant en référé, est compétent pour connaître de tout litige tenant à la fixation du montant des honoraires des commissaires aux comptes.

### **Article R931-3-63**

Les commissaires aux comptes signalent à la plus proche commission paritaire ou assemblée générale les irrégularités ou inexactitudes relevées par eux au cours de l'accomplissement de leur mission.

En outre, ils révèlent au procureur de la République les faits délictueux dont ils ont eu connaissance, sans que leur responsabilité puisse être engagée par cette révélation.

Sous réserve des dispositions des alinéas précédents, les commissaires aux comptes ainsi que leurs collaborateurs et experts sont astreints au secret professionnel pour les faits, actes et renseignements dont ils ont pu avoir connaissance à raison de leurs fonctions.

### **Article R931-3-64**

Les commissaires aux comptes sont responsables, tant à l'égard de l'institution ou de l'union que des tiers, des conséquences dommageables des fautes et négligences par eux commises dans l'exercice de leurs fonctions. Toutefois, leur responsabilité ne peut pas être engagée pour les informations ou divulgations de faits auxquelles ils procèdent en exécution de leur mission définie à l'article R. 931-3-59.

Ils ne sont pas civilement responsables des infractions commises par les dirigeants tels que définis

au second alinéa de l'article R. 951-4-1 des institutions de prévoyance et des unions d'institutions de prévoyance sauf si, en ayant eu connaissance, ils ne les ont pas révélées dans leur rapport à la commission paritaire ou à l'assemblée générale.

## **Section 4 : Transfert de portefeuille - Fusion et scission**

### **Sous-section 1 : Transfert de portefeuille**

#### **Article R931-4**

Lorsqu'en vertu de l'article L. 931-16-1 une demande d'autorisation est déposée auprès de l'Autorité de contrôle prudentiel, celle-ci est portée à la connaissance des entreprises réassurées et créanciers par un avis publié au Journal officiel qui leur impartit un délai de deux mois pour présenter leurs observations.

#### **Article R931-4-1**

Les actifs transférés avec un portefeuille de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats relevant du a de l'article L. 931-1 par une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance sont affectés à une section comptable distincte du bilan de l'institution ou de l'union cessionnaire des bulletins d'adhésion ou contrats.

Pour le calcul de la participation aux excédents afférents à ces actifs prévue à l'article L. 931-30, il n'est pas tenu compte de l'importance respective des fonds propres et des engagements pris envers les membres participants, les bénéficiaires et ayants droit figurant au bilan de l'institution ou de l'union.

#### **Article R931-4-2**

Lorsqu'elle décide, en application du 5 de l'article L. 612-33 du code monétaire et financier, le transfert d'office d'un portefeuille de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats conclus sur le territoire d'un ou de plusieurs Etats membres de l'Espace économique européen, l'Autorité de contrôle prudentiel en avise les autorités compétentes de ces différents Etats.

Lorsque l'entreprise d'assurance cessionnaire a son siège social dans un Etat membre de l'Espace économique européen, l'Autorité de contrôle s'assure auprès des autorités compétentes de cet Etat que l'entreprise possède, compte tenu du transfert, la marge de solvabilité nécessaire.

La décision de transfert et le nom de l'entreprise cessionnaire font l'objet d'une publication au Journal officiel, à la diligence de l'Autorité de contrôle.

### **Sous-section 2 : Fusion et scission**

### **Article R931-4-3**

Lorsque les opérations de fusion ou de scission ne comportent pas de transfert de portefeuille de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats, les institutions ou unions participantes adressent à l'Autorité de contrôle prudentiel une demande d'approbation de la fusion ou de la scission décidée selon l'une des formes prévues à l'article R. 931-3-30 accompagnée de tous documents utiles exposant les buts et les modalités de l'opération.

A réception de la demande, l'Autorité de contrôle prudentiel dispose d'un mois pour se prononcer sur l'opération. Elle n'approuve celle-ci que s'il lui apparaît qu'elle est conforme à l'intérêt des membres adhérents, participants, bénéficiaires et ayants droit ou des créanciers ou qu'elle n'a pas pour conséquence de diminuer la valeur de réalisation des placements correspondant à des engagements pris envers les membres adhérents, participants, bénéficiaires ou ayants droit déterminée conformément aux dispositions de l'article L. 931-32.

Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel demande des documents complémentaires nécessaires à l'appréciation de l'opération, le délai d'un mois mentionné à l'alinéa précédent court à partir de la date de production des documents demandés.

### **Article R931-4-4**

La fusion ou la scission prend effet à la date de publication au Journal officiel de la décision de l'Autorité de contrôle prudentiel approuvant l'opération, sauf si la décision prévoit que l'opération prend effet à une autre date, laquelle ne doit être ni postérieure à la date de clôture de l'exercice en cours de la ou des institutions ou unions bénéficiaires ni antérieure à la date de clôture du dernier exercice clos de la ou des institutions ou unions qui transmettent leur patrimoine.

### **Article R931-4-5**

Le conseil d'administration de chacune des institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance qui participent à une fusion ou une scission établit un projet de fusion ou de scission dont le contenu est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ce projet est déposé au greffe du tribunal de grande instance du siège desdites institutions ou unions et fait l'objet d'une publicité dont les modalités sont fixées par le même arrêté.

### **Article R931-4-6**

Le conseil d'administration de chaque institution de prévoyance ou union d'institutions de prévoyance participant à l'opération établit un rapport écrit qu'il adresse ou met à la disposition, selon le cas, des membres de la commission paritaire, des membres de l'assemblée générale ou de l'employeur et des intéressés, dont le contenu est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

## **Section 5 : Mesure de sauvegarde et d'assainissement**

### **Article R931-5-1**

Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel exige d'une institution ou d'une union un programme de rétablissement en application de l'article L. 612-32 du code monétaire et financier, celui-ci doit notamment comporter, pour les trois prochains exercices sociaux, une description détaillée des éléments suivants et être accompagné des justificatifs s'y rapportant :

- 1° Une estimation prévisionnelle des frais de gestion, notamment des frais généraux courants et des commissions ;
- 2° Un plan détaillant les prévisions de recettes et de dépenses, tant pour les affaires directes que pour les acceptations et les cessions en réassurance ;
- 3° Un bilan prévisionnel ;
- 4° Une estimation des ressources financières devant servir à la couverture des engagements et de l'exigence de marge de solvabilité ;
- 5° La politique générale en matière de réassurance.

### **Article R931-5-1-1**

I. # Au vu du programme de rétablissement mentionné au I de l'article R. 931-5-1 ou à défaut de communication de celui-ci dans le délai d'un mois après la demande, l'Autorité de contrôle prudentiel instituée à l'article L. 951-1 peut exiger d'une institution ou d'une union une marge de solvabilité renforcée, supérieure à l'exigence minimale de marge mentionnée, selon le cas, à l'article R. 931-10-4, R. 931-10-7, R. 931-10-10 ou R. 931-10-11-1. Toutefois, le niveau total de marge de solvabilité exigé ne peut être supérieur au double de l'exigence minimale de marge mentionnée à l'article R. 931-10-4 ou R. 931-10-7.

II. # l'Autorité de contrôle prudentiel peut limiter la réduction de marge de solvabilité prévue aux articles R. 931-10-4, R. 931-10-7 ou R. 931-10-10, lorsque :

1. Le contenu ou la qualité du programme de réassurance a subi des modifications sensibles depuis le dernier exercice ;
2. Ou lorsque le programme de réassurance ne prévoit aucun transfert de risques, ou un transfert insignifiant.

III. # Lorsqu'elle constate que les éléments constitutifs de la marge de solvabilité ont connu une baisse d'au moins 33 % au cours du dernier exercice clos par rapport à la moyenne de ces éléments constitutifs de la marge constatée au cours des quatre exercices précédant le dernier exercice, ou lorsqu'elle estime que les résultats du test d'exigibilité mentionné à l'article R. 931-10-18-1 font apparaître un risque de solvabilité, l'Autorité de contrôle prudentiel peut :

1. Soit demander à l'institution ou l'union de déduire des éléments constitutifs de la marge de solvabilité tout ou partie du montant de la moins-value latente nette globale constatée sur les placements mentionnés à l'article R. 931-10-40 ;
2. Soit demander à l'institution ou à l'union de déduire tout ou partie du montant de la moins-value latente nette globale constatée sur les actifs mentionnés à l'article R. 931-10-41 et non provisionné par la provision pour risque d'exigibilité ;
3. Soit mettre en œuvre de manière appropriée une combinaison des mesures précédentes.

### **Article R931-5-1-1-1**

Lorsqu'elle estime que les résultats du test d'exigibilité mentionné à l'article R. 931-10-18-1 font apparaître un risque de solvabilité, l'Autorité de contrôle prudentiel peut déduire des éléments constitutifs de la marge le report de charge constitué en vertu de l'article R. 931-10-15-1.

### **Article R931-5-1-2**

Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel exige d'une institution ou d'une union de réassurance un programme de rétablissement en application de l'article L. 612-32 du code monétaire et financier, celui-ci doit notamment comporter, pour les trois prochains exercices sociaux, une description détaillée des éléments suivants et être accompagné des justificatifs s'y rapportant :

- 1° Une estimation prévisionnelle des frais de gestion, notamment des frais généraux courants et des commissions ;
- 2° Un plan détaillant les prévisions de recettes et de dépenses ;
- 3° Un bilan prévisionnel ;
- 4° Une estimation des ressources financières devant servir à la couverture des engagements et de l'exigence de marge de solvabilité ;
- 5° La politique générale en matière de réassurance.

### **Article R931-5-1-3**

Dans le cas où la situation financière d'une institution ou union de réassurance se dégrade et que ses obligations contractuelles s'en trouvent menacées, et au vu du programme de rétablissement mentionné à l'article R. 931-5-1-2 ou à défaut de communication de celui-ci dans un délai d'un mois après la demande, l'Autorité de contrôle prudentiel peut exiger de l'institution ou de l'union de réassurance une marge de solvabilité renforcée, supérieure à l'exigence minimale de marge mentionnée à l'article R. 931-10-11-1.

Toutefois, le niveau total de marge de solvabilité exigé ne peut être supérieur au double de l'exigence minimale de marge mentionnée à l'article R. 931-10-11-1.

### **Article R931-5-1-4**

I. # Après que lui a été communiqué le programme de rétablissement mentionné à l'article R. 931-5-1-2 ou à défaut de communication de celui-ci dans un délai d'un mois après la demande, l'Autorité de contrôle prudentiel peut limiter la réduction de marge de solvabilité prévue au a et au b du II de l'article R. 931-10-11-1 lorsque :

1. Le contenu ou la qualité du programme de réassurance a subi des modifications sensibles depuis le dernier exercice ;
2. Ou lorsque le programme de réassurance ne prévoit aucun transfert de risques, ou un transfert insignifiant.

II. # Lorsqu'elle constate que les éléments constitutifs de la marge de solvabilité ont connu une baisse d'au moins 33 % au cours du dernier exercice clos par rapport à la moyenne de ces éléments constitutifs de la marge constatée au cours des quatre exercices précédant le dernier exercice, et après que lui a été communiqué le programme de rétablissement mentionné au I de l'article R. 931-5-1-2, l'Autorité de contrôle prudentiel peut :

1. Soit demander à l'institution ou l'union de déduire des éléments constitutifs de la marge de solvabilité tout ou partie du montant de la moins-value latente nette globale constatée sur les placements mentionnés à l'article R. 931-10-40 ;
2. Soit demander à l'institution ou à l'union de déduire tout ou partie du montant de la moins-value latente nette globale constatée sur les actifs mentionnés à l'article R. 931-10-41 et non provisionné par la provision pour risque d'exigibilité ;
3. Soit mettre en œuvre de manière appropriée une combinaison des mesures précédentes.

### **Article R931-5-1-5**

Lorsque la marge de solvabilité d'une institution ou union mentionnée au II de l'article L. 931-1-1 n'atteint pas le montant réglementaire, l'Autorité de contrôle prudentiel, sans préjudice de la mise en œuvre des pouvoirs dont elle dispose aux termes des articles L. 612-30 à L. 612-34 et L. 612-39 du code monétaire et financier et L. 931-4-1 du présent code, exige un plan de redressement, qui doit être soumis à son approbation dans le délai d'un mois. L'Autorité de contrôle prudentiel désigne un contrôleur qui doit être tenu informé en permanence par l'institution ou l'union de l'élaboration du plan de redressement. L'institution ou l'union rend compte de la mise en œuvre des décisions et mesures contenus dans le plan à ce contrôleur, qui veille à son exécution.

Si elle estime que la situation financière de l'institution ou l'union de réassurance va continuer à se détériorer, elle peut également restreindre ou interdire la libre disposition des actifs de l'institution ou union de réassurance.

### **Article R931-5-1-6**

Lorsque la marge de solvabilité d'une institution ou union mentionnée au II de l'article L. 931-1-1 est inférieure au montant du fonds de garantie, ou si le fonds n'est pas constitué réglementairement, l'Autorité de contrôle prudentiel, sans préjudice de la mise en œuvre des pouvoirs dont elle dispose aux termes des articles L. 612-30 à L. 612-34 et L. 612-39 du code monétaire et financier et L. 931-4-1 du présent code, exige un plan de financement à court terme, qui doit être soumis à son approbation dans le délai d'un mois. L'Autorité de contrôle prudentiel désigne un contrôleur qui doit

être tenu informé en permanence par l'institution ou l'union de l'élaboration du plan de financement à court terme. L'institution ou l'union rend compte de la mise en œuvre des décisions et mesures contenus dans le plan à ce contrôleur, qui veille à son exécution

Elle peut également restreindre ou interdire la libre disposition des actifs de l'institution ou union de réassurance.

### **Article R931-5-1-8**

Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel suspend, restreint ou interdit temporairement la libre disposition de tout ou partie des actifs d'une institution ou d'une union, en application de l'article L. 612-33 du code monétaire et financier, elle peut en outre faire inscrire sur les immeubles de cette institution ou union l'hypothèque mentionnée à l'article L. 931-23 du présent code.

### **Article R931-5-1-9**

Les mesures prévues à la présente section, au 1 à 4 de l'article L. 612-33 du code monétaire et financier ou à l'article L. 612-34 du même code peuvent être appliquées à une institution ou union soumise à surveillance complémentaire lorsqu'elle présente une situation de solvabilité ajustée négative ou que la surveillance complémentaire a révélé que la solvabilité de cette institution ou union apparaît compromise ou susceptible de l'être.

### **Article R931-5-2**

Lorsque la marge de solvabilité d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance n'atteint pas le montant fixé aux articles R. 931-10-4 et R. 931-10-7, l'Autorité de contrôle prudentiel exige un plan de sauvegarde ou de redressement qui doit être soumis à son approbation dans un délai d'un mois, sans préjudice de la mise en œuvre des pouvoirs dont l'Autorité de contrôle prudentiel dispose aux termes des articles L. 931-18 du présent code, et L. 612-30 à L. 612-34 et L. 612-39 du code monétaire et financier.

L'Autorité de contrôle prudentiel désigne un contrôleur qui doit être tenu informé en permanence par l'institution ou l'union de l'élaboration du plan de sauvegarde ou de redressement. L'institution ou l'union rend compte de la mise en œuvre des décisions et mesures contenus dans le plan à ce contrôleur, qui veille à son exécution

### **Article R931-5-3**

Lorsque la marge de solvabilité d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance n'atteint pas le montant du fonds de garantie fixé aux articles R. 931-10-5 et R. 931-10-8 ou si le fonds n'est pas constitué réglementairement, l'Autorité de contrôle prudentiel, sans préjudice de la mise en œuvre des pouvoirs dont elle dispose aux termes des articles L. 931-18 du présent code et L. 612-30 à L. 612-34 et L. 612-39 du code monétaire et financier, exige un plan de financement à court terme qui, à compter de la date à laquelle il est exigé, doit être soumis à son approbation dans un délai d'un mois.

L'Autorité de contrôle prudentiel désigne un contrôleur qui doit être tenu informé en permanence

par l'institution ou l'union de l'élaboration du plan de financement à court terme. L'institution ou l'union rend compte de la mise en œuvre des décisions et mesures contenus dans le plan à ce contrôleur, qui veille à son exécution

### **Article R931-5-6**

Lorsqu'elle décide de mettre en œuvre l'une des mesures d'assainissement définies à l'article L. 931-18-1, l'Autorité de contrôle prudentiel :

1° En informe d'urgence les autorités compétentes des autres Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen ;

2° Procède à la publication de cette décision au Journal officiel de la République française ainsi qu'au Journal officiel de l'Union européenne.

Cette publication précise le nom et les coordonnées des autorités compétentes pour les besoins des mesures d'assainissement. Elle indique également la législation qui est applicable à ces mesures d'assainissement.

Cette publication n'est pas requise lorsque les mesures d'assainissement affectent exclusivement les droits des membres adhérents et des membres participants lorsqu'ils sont par ailleurs responsables de la gestion de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance, ou des employés de celles-ci considérés en tant que tels. Il en va de même lorsque les mesures d'assainissement affectent exclusivement les institutions membres d'une union d'institutions de prévoyance. Dans ce cas, l'Autorité de contrôle prend les dispositions nécessaires à une information rapide des seuls intéressés ;

3° Notifie sa décision aux créanciers connus dans les conditions définies à l'article R. 931-6-11. Lorsqu'un administrateur provisoire a été nommé, il lui appartient de procéder à cette notification.

### **Article R931-5-7**

Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel suspend, restreint ou interdit temporairement la libre disposition de tout ou partie des actifs d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance, en application de l'article L. 612-33 du code monétaire et financier, elle peut en outre faire inscrire sur les immeubles de cette institution ou union l'hypothèque mentionnée à l'article L. 931-23 du présent code.

### **Article R931-5-9**

Les mesures prévues à la présente section, au 1 à 4 de l'article L. 612-33 du code monétaire et financier ou à l'article L. 612-34 du même code peuvent être appliquées à une institution ou union soumise à la surveillance complémentaire lorsqu'elle présente une situation de solvabilité ajustée



négative ou que la surveillance complémentaire a révélé que la solvabilité de cette institution ou union apparaît compromise ou susceptible de l'être.

## **Section 6 : Cessation de validité, caducité et retrait de l'agrément administratif**

### **Article R931-6-1**

Si une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance qui a obtenu l'agrément administratif pour une branche ou sous-branche n'a pas commencé à pratiquer les opérations correspondantes dans le délai d'un an à compter de la publication de la décision d'agrément au Journal officiel ou si, à l'exception des institutions attachées à une entreprise, une institution ou une union ne souscrit, pendant deux exercices consécutifs, aucun bulletin d'adhésion à un règlement ou aucun contrat relevant d'une branche ou sous-branche pour laquelle elle est agréée, elle en fait immédiatement la déclaration à l'Autorité de contrôle prudentiel et l'agrément administratif cesse de plein droit d'être valable pour la souscription de nouveaux bulletins d'adhésion à des règlements ou de contrats relevant de la branche ou sous-branche considérée.

Sans délai, l'Autorité de contrôle assure, dans les deux cas mentionnés à l'alinéa précédent, la publication au Journal officiel d'un avis constatant que l'agrément administratif a cessé d'être valable.

### **Article R931-6-2**

A la demande d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance s'engageant à ne plus souscrire de nouveaux bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats relevant d'une ou plusieurs branches ou sous-branches pour laquelle elle est agréée, l'Autorité de contrôle prudentiel peut, par décision publiée au Journal officiel, constater la caducité de l'agrément administratif pour les branches ou sous-branches considérées.

### **Article R931-6-3**

En cas de transfert intervenant en application de l'article L. 931-16 ou du 5 du L. 612-33 du code monétaire et financier et portant sur la totalité des bulletins d'adhésion à un règlement ou des contrats appartenant à une branche ou sous-branche déterminée, l'agrément administratif cesse de plein droit d'être valable pour cette branche ou sous-branche.

### **Article R931-6-4**

Une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance dont tous les agréments ont cessé de plein droit d'être valables ou ont fait l'objet de décisions constatant leur caducité soumet à l'approbation de l'Autorité de contrôle prudentiel, dans un délai d'un mois à partir de la date à

laquelle son dernier agrément a cessé de plein droit d'être valable ou a fait l'objet d'une décision constatant sa caducité, un programme de liquidation précisant notamment les délais prévisibles et les conditions financières de la liquidation, ainsi que les moyens en personnel et en matériels mis en œuvre pour la gestion des engagements résiduels. Lorsque la gestion des engagements résiduels est déléguée à un tiers, le projet de contrat de délégation et un dossier décrivant la qualité du délégué et de ses dirigeants, son organisation, sa situation financière et les moyens mis en œuvre sont communiqués à l'Autorité de contrôle prudentiel qui peut, en application de l'article L. 612-23 du code monétaire et financier, réaliser tous contrôles sur pièces et sur place du délégué jusqu'à liquidation intégrale des engagements.

Si l'Autorité de contrôle prudentiel estime que le programme de liquidation présenté par l'institution ou l'union n'est pas conforme aux intérêts des membres adhérents et des membres participants, bénéficiaires et ayants droit de ceux-ci, elle ne l'approuve pas et peut demander la présentation d'un nouveau programme, dans les délais et conditions qu'elle prescrit.

En l'absence de programme de liquidation ou lorsque le programme présenté n'a pas été approuvé, ou lorsque l'institution ou l'union ne respecte pas le programme approuvé, l'Autorité de contrôle prudentiel prend, en application des articles L. 612-33 ou L. 612-34 du code monétaire et financier, toutes mesures conservatoires qu'elle juge nécessaires. Elle peut également faire usage des pouvoirs de sanction prévus à l'article L. 612-39 du même code.

### **Article R931-6-5**

Une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance dont tous les agréments ont cessé de plein droit d'être valables ou ont fait l'objet de décisions constatant leur caducité cesse d'être soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel dès lors que l'ensemble des engagements résultant des bulletins d'adhésion à des règlements ou contrats souscrits par l'institution ou l'union ont été intégralement et définitivement réglés aux membres participants et bénéficiaires ou ont fait l'objet d'un transfert autorisé dans les conditions prévues à l'article L. 931-16.

### **Article R931-6-6**

Lorsque l'agrément administratif est retiré en vertu de l'article L. 931-19 ou du 6 du L. 612-39, l'Autorité de contrôle prudentiel, informe d'urgence les autorités compétentes des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen.

### **Article R931-6-7**

Lorsqu'une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance fait l'objet d'un retrait de l'agrément administratif par l'Autorité de contrôle prudentiel, celle-ci prend, le cas échéant, avec le concours des autorités de contrôle des autres Etats de l'Espace économique européen sur le territoire desquels l'institution ou l'union opère toutes mesures propres à sauvegarder les intérêts des membres participants et des bénéficiaires de l'adhésion à des règlements et de la souscription à des contrats ainsi que les intérêts de leurs ayants droit. Il s'agit notamment des mesures prévues à l'article R. 931-5-7.

## **Article R931-6-8**

La décision de retrait de l'agrément administratif en vertu de l'article L. 931-19 doit être motivée et notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou remise contre récépissé, par l'Autorité de contrôle prudentiel à l'institution de prévoyance ou l'union concernée.

## **Article R931-6-9**

Préalablement au retrait de l'agrément administratif mentionné à l'article L. 931-19, l'Autorité de contrôle prudentiel notifie à l'institution de prévoyance ou à l'union d'institutions de prévoyance concernée, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou remise contre récépissé, les faits relevés à son encontre et l'invite à présenter ses observations écrites dans un délai de quinze jours. A l'expiration de ce délai, l'Autorité de contrôle prudentiel peut prononcer le retrait d'agrément. Elle notifie sa décision à l'institution ou l'union concernée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou remise contre récépissé.

## **Article R931-6-10**

La décision de retrait de l'agrément administratif fait l'objet d'une publication au Journal officiel de la République française ainsi qu'au Journal officiel de l'Union européenne.

Cette publication est assurée par l'Autorité de contrôle prudentiel. Elle précise le nom et les coordonnées des autorités compétentes pour les besoins de la liquidation et, le cas échéant, du ou des liquidateurs désignés. Elle indique également la législation qui est applicable à cette liquidation.

## **Article R931-6-11**

I.-En cas de retrait de l'agrément administratif accordé à une institution de prévoyance ou une union et dans un délai de vingt jours à compter du lendemain du jour de la publication au Journal officiel de la République française de la décision de l'Autorité de contrôle prudentiel prononçant le retrait d'agrément, chaque membre adhérent ou membre participant est avisé de ce retrait d'agrément par le liquidateur ou, en attendant la désignation du liquidateur, par le président du conseil d'administration de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance ou son représentant.

Cet avis, qui rappelle la législation applicable, fait l'objet d'une lettre recommandée adressée au dernier domicile connu du membre participant.

Lorsque le membre participant n'est pas l'assuré ou le bénéficiaire du contrat ou bulletin d'adhésion, l'information est aussi adressée aux assurés ou bénéficiaires connus.

Cet avis rappelle les dispositions des articles L. 931-21 et L. 931-21-1. Il indique, s'il y a lieu, l'autorité auprès de laquelle les souscripteurs, assurés, adhérents et bénéficiaires de contrats peuvent

présenter leurs observations relatives aux créances, et précise, le cas échéant, les délais pour ce faire et les conséquences d'une non-observation des délais.

Les avis individuels doivent être préparés sous la responsabilité des administrateurs de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance, dès lors que l'injonction en est adressée par l'autorité qui retire l'agrément.

Lorsque le créancier d'assurance connu a sa résidence habituelle, son domicile ou son siège statutaire dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen autre que la France, l'avis est également rédigé dans la langue officielle ou l'une des langues officielles de cet Etat.

II.-Lorsque le retrait d'agrément concerne une institution de prévoyance ou une union réalisant des opérations d'assurance visées aux b ou c de l'article L. 931-1, l'avis mentionné au I du présent article reproduit le texte de l'article L. 931-21-3 et précise la date à laquelle le bulletin d'adhésion au règlement ou le contrat souscrit cessera de produire effet.

III.-Lorsque le retrait d'agrément concerne une institution de prévoyance ou une union réalisant des opérations d'assurance visées au a de l'article L. 931-1, l'avis mentionné au I du présent article reproduit le texte des articles L. 931-21-2 et L. 931-21-4. Le cas échéant, chaque membre adhérent ou membre participant et chaque bénéficiaire connu est par ailleurs informé, dans les mêmes conditions, des décisions prises par l'Autorité de contrôle en application du deuxième alinéa de l'article L. 931-21-4. Lorsque la décision de l'Autorité a pour effet de fixer la date à laquelle les bulletins d'adhésion ou contrats cessent d'avoir effet, cette communication intervient au plus tard vingt jours avant la date de cessation des effets du bulletin d'adhésion ou contrat.

## **Section 7 : Dissolution - Liquidation**

### **Article R931-7-1**

Hormis les cas de fusion et de scission, l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance est en liquidation dès l'instant de sa dissolution pour quelque cause que ce soit. Sa dénomination sociale est suivie de la mention : "institution de prévoyance en liquidation" ou "union d'institutions de prévoyance en liquidation". Cette mention ainsi que, le cas échéant, le nom du ou des liquidateurs ou du mandataire de justice figurent sur tous les actes émanant de l'institution ou de l'union et destinés aux tiers.

La personnalité morale de l'institution ou de l'union subsiste pour les besoins de la liquidation jusqu'à la clôture de celle-ci.

### **Article R931-7-2**

La dissolution anticipée d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance est prononcée selon les formes prévues au premier alinéa de l'article R. 931-3-30.

### **Article R931-7-3**

L'avenant à la convention ou à l'accord collectif, l'avenant à l'accord ratifié par la majorité des intéressés ou le procès-verbal de la délibération de l'assemblée générale sont transmis dans un délai de huit jours à compter du prononcé de la dissolution de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance à l'Autorité de contrôle prudentiel, qui intervient dans les conditions prévues à l'article R. 931-6-4.

## **Section 8 : Privilèges**

### **Article R931-8-1**

Le montant de la créance garantie par le privilège ou l'hypothèque légale mentionnée au premier alinéa de l'article L. 931-24 est égal au montant de la provision mathématique diminuée, s'il y a lieu, des avances sur bulletins d'adhésion ou contrats, y compris les intérêts, et augmentée, le cas échéant, du montant du compte de participation aux excédents, ouvert au nom de l'adhérent lorsqu'il s'agit d'opérations collectives mentionnées à l'article L. 932-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 932-14 ou au nom du participant lorsqu'il s'agit d'opérations individuelles mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 932-14, lorsque ces participations aux excédents ne sont pas payables immédiatement après la liquidation de l'exercice qui les a produites.

### **Article R931-8-2**

Le montant de la créance garantie par le privilège ou l'hypothèque légale mentionnés respectivement aux articles L. 931-22 et L. 931-23 pour les opérations mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 931-24 est arrêté à un montant égal à la différence entre le montant des provisions techniques qui figurent au dernier passif du bilan du cessionnaire au titre de ses acceptations et le montant de toutes créances nettes dudit cessionnaire sur le cédant, telles qu'elles figurent au même bilan au titre des acceptations.

## **Section 9 : Sanctions**

### **Article R931-9-1**

Est puni de la peine d'amende prévue pour les contraventions de cinquième classe le fait pour tout dirigeant d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance :

1° De méconnaître les obligations ou interdictions résultant des articles R. 931-1-2 (dernier alinéa), R. 931-2-10, R. 931-3-21 (troisième alinéa), R. 931-5-7 (dernier alinéa), R. 931-5-1-7 (dernier alinéa), R. 931-10-12, R. 931-10-19, R. 931-10-37 et R. 931-10-47-2 ;

2° De ne pas produire un programme de rétablissement, un plan de sauvegarde ou de redressement ou un plan de financement à court terme prescrit conformément aux dispositions des articles R. 931-5-1, R. 931-5-1-2, R. 931-5-1-4, R. 931-5-2 et R. 931-5-3, ou de ne pas exécuter dans les conditions et délais prévus le plan qui a été approuvé ;

3° De ne pas respecter les obligations qui lui incombent en matière de tenue de la comptabilité, enregistrement des opérations, conservation des pièces comptables et présentation des comptes annuels.

Pour l'application des pénalités édictées au présent titre, sont considérés comme dirigeants d'institutions de prévoyance ou d'unions d'institutions de prévoyance : les membres du conseil d'administration, les directeurs généraux, les directeurs et tout dirigeant de fait d'une institution ou d'une union.

## **Section 10 : Régime financier**

### **Sous-section 1 : Marge de solvabilité - Dispositions communes**

#### **Article R931-10-1**

Les institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel doivent justifier de l'existence d'une marge de solvabilité suffisante relative à l'ensemble de leurs activités.

### **Sous-section 2 : Marge de solvabilité des institutions de prévoyance non-vie**

#### **Article R931-10-3**

I.-La marge de solvabilité mentionnée à l'article R. 931-10-1 relative aux institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer les branches 1, 2 et 16 a mentionnées à l'article R. 931-2-1 est constituée, après déduction des pertes, de la part des frais d'acquisition non admise en représentation des engagements réglementés et des autres éléments incorporels, par les éléments suivants :

1. Le fonds d'établissement constitué ;
2. Les réserves de toute dénomination, réglementaires ou libres, ne correspondant pas aux engagements ;

3. Les excédents reportés ;

4. Le ou les emprunts pour fonds de développement ; toutefois, à partir de la moitié de la durée de l'emprunt, celui-ci n'est retenu dans la marge de solvabilité que pour sa valeur progressivement réduite chaque année d'un montant constant égal au double du montant total de cet emprunt divisé par le nombre d'années de sa durée.

Lorsque l'institution de prévoyance ou l'union n'est pas soumise à une surveillance complémentaire en application de l'article L. 933-3 ou de l'article L. 933-4-1, la marge de solvabilité est diminuée des éléments suivants :

a) Les participations au sens du 2° de l'article L. 933-2 que l'institution ou l'union détient dans des établissements de crédit, des entreprises d'investissement ou des établissements financiers ;

b) Les créances subordonnées et autres instruments financiers que l'institution ou l'union détient sur des établissements de crédit, des entreprises d'investissement ou des établissements financiers dans lesquels elle détient une participation, et qui sont considérés comme des fonds propres pour le calcul des exigences de fonds propres applicables aux entreprises et établissements mentionnés ci-dessus.

Lorsqu'une participation dans un établissement de crédit, une entreprise d'investissement ou un établissement financier est détenue temporairement en vue de faciliter l'assainissement et la sauvegarde de cette entité, l'Autorité de contrôle prudentiel peut autoriser l'institution ou l'union à ne pas effectuer les déductions prévues aux a et b.

II.-La marge de solvabilité peut également être constituée par les fonds effectivement encaissés provenant de l'émission de titres ou emprunts subordonnés.

Ces titres et emprunts doivent répondre aux conditions, notamment de durée et de remboursement, fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces fonds sont admis jusqu'à concurrence de 50 % de l'exigence de marge de solvabilité ou de la marge de solvabilité disponible, le montant le plus faible étant retenu. Toutefois, la prise en compte de ceux de ces fonds qui proviennent de titres ou emprunts à durée déterminée n'est admise qu'à concurrence de 25 % de cette marge. Tout remboursement effectué irrégulièrement peut, conformément aux dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier, donner lieu à des mesures de police ou de sanction de l'Autorité de contrôle prudentiel.

III.-Sur demande et justification de l'institution ou de l'union et avec l'accord de l'Autorité de contrôle prudentiel et des autorités de contrôle des Etats membres de la Communauté européenne où l'institution ou l'union exerce son activité, la marge de solvabilité peut également être constituée par les éléments suivants :

1. La moitié de la part restant à rembourser de l'emprunt pour fonds d'établissement ;

2. Les plus-values résultant d'une sous-estimation d'éléments d'actif, dans la mesure où ces plus-values n'ont pas un caractère exceptionnel ;

3. Les plus-values latentes sur les instruments financiers à terme mentionnés aux articles R. 931-10-48 et R. 931-10-49, lorsque les opérations correspondantes sont négociées sur un marché reconnu au sens du dernier alinéa du A de l'article R. 931-10-21 ou réalisées de gré à gré dans la mesure où elles sont garanties dans les conditions prévues à l'article R. 931-10-59.

Les moins-values latentes sur instruments financiers à terme non provisionnées sont déduites des éléments énumérés à l'alinéa précédent et au 2.

IV.-Pour les institutions de prévoyance ou unions adhérentes au fonds paritaire de garantie institué par l'article L. 931-35, la marge de solvabilité peut également être constituée par la réserve pour fonds de garantie prévue à l'article R. 931-12-11, à hauteur de la part de cotisation versée par l'institution ou l'union et non utilisée par le fonds.

V.-Lorsque l'institution de prévoyance ou l'union n'est pas soumise à une surveillance complémentaire en application de l'article L. 933-3 ou de l'article L. 933-4-1, la marge de solvabilité est diminuée des éléments suivants :

- a) Les participations au sens du 2° de l'article L. 933-2 que l'institution ou l'union détient dans des établissements de crédit, des entreprises d'investissement ou des établissements financiers ;
- b) Les créances subordonnées et autres instruments financiers que l'institution ou l'union détient sur des établissements de crédit, des entreprises d'investissement ou des établissements financiers dans lesquels elle détient une participation, et qui sont considérés comme des fonds propres pour le calcul des exigences de fonds propres applicables aux entreprises et établissements mentionnés ci-dessus.

Lorsqu'une participation dans un établissement de crédit, une entreprise d'investissement ou un établissement financier est détenue temporairement en vue de faciliter l'assainissement et la sauvegarde de cette entité, l'Autorité de contrôle prudentiel peut autoriser l'institution ou l'union à ne pas effectuer les déductions prévues aux a et b.

En outre, l'institution ou l'union n'est pas tenue d'effectuer les déductions mentionnées au a et au b lorsqu'elle est soumise à une surveillance complémentaire en application de l'article L. 933-3 ou de l'article L. 934-4-1 et qu'elle présente une solvabilité ajustée positive calculée selon les modalités précisées à l'article R. 933-8 et R. 933-9. La méthode définie à l'article R. 933-8 n'est applicable que si l'Autorité de contrôle estime que la gestion intégrée et le contrôle interne des entités entrant dans le périmètre de consolidation sont satisfaisants.

VI.-Lorsqu'elle estime que l'appréciation du report des excédents mentionnés au 3 du I est susceptible d'être faussée par l'existence d'un contrat de réassurance financière limitée souscrit par l'institution de prévoyance ou l'union, l'Autorité de contrôle peut limiter la prise en compte de ce report, en vue d'y intégrer les charges futures attendues au titre de ce contrat. Le cas échéant, le montant de la marge de solvabilité est ajusté au terme du contrat de réassurance financière limitée, en fonction du report cumulé effectivement constaté.

## **Article R931-10-4**

En ce qui concerne les institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer les branches 1, 2 et 16 a mentionnées à l'article R. 931-2-1, l'exigence minimale de marge de solvabilité est déterminée soit par rapport au montant annuel des cotisations, soit par rapport à la charge moyenne des sinistres pour les trois derniers exercices. Le montant minimal de la marge est égal au plus élevé des résultats obtenus par application des deux méthodes suivantes :

- a) Première méthode (calcul par rapport aux cotisations) :

La base des cotisations est calculée à partir des cotisations brutes émises ou des cotisations brutes acquises, le chiffre le plus élevé étant retenu. Au total des cotisations émises en opérations directes au cours du dernier exercice, quel que soit l'exercice au titre duquel elles ont été émises, accessoires compris, sont ajoutées les cotisations acceptées en réassurance au cours du dernier exercice.



De cette somme sont déduits, d'une part, le total des cotisations annulées au cours du dernier exercice, d'autre part le total des impôts et taxes afférents aux cotisations précitées.

Le montant ainsi obtenu est réparti en deux tranches, respectivement inférieure et supérieure à 57 000 000 euros (1). A 18 % de la première tranche sont ajoutés 16 % de la seconde.

Le résultat déterminé par application de la première méthode est obtenu en multipliant la somme des deux termes de l'addition prévue à l'alinéa précédent par le rapport existant, pour les trois derniers exercices, entre le montant des sinistres demeurant à charge de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance après cession en réassurance et le montant des sinistres bruts de réassurance, sans que ce rapport puisse être inférieur à 50 %.

Sous réserve de l'accord de l'Autorité de contrôle prudentiel, l'affectation des cotisations peut être effectuée par des méthodes statistiques.

b) Deuxième méthode (calcul par rapport à la charge moyenne annuelle des sinistres) :

Au total des sinistres payés pour les opérations directes au cours des trois derniers exercices, sans déduction des sinistres à la charge des cessionnaires et rétrocessionnaires, sont ajoutés, d'une part, les sinistres payés au titre des acceptations en réassurance ou en rétrocession au cours de ces mêmes exercices, d'autre part, les provisions pour sinistres à payer, constituées à la fin du dernier exercice, tant pour les opérations directes que pour les acceptations en réassurance.

De cette somme sont déduits, d'une part, les recours encaissés au cours des trois derniers exercices, d'autre part, les provisions pour sinistres à payer, constituées au commencement du deuxième exercice précédant le dernier exercice inventorié, tant pour les opérations directes que pour les acceptations en réassurance.

Le tiers du montant ainsi obtenu est réparti en deux tranches, respectivement inférieure et supérieure à 40 300 000 euros (1). A 26 % de la première tranche sont ajoutés 23 % de la seconde.

Le résultat déterminé par application de la deuxième méthode est obtenu en multipliant la somme des deux termes de l'addition prévue à l'alinéa précédent, par le rapport existant, pour les trois derniers exercices, entre le montant des sinistres demeurant à charge de l'institution après cession en réassurance et le montant des sinistres brut de réassurance, sans que ce rapport puisse être inférieur à 50 %.

Si les calculs des a et b donnent un résultat inférieur à l'exigence de marge de l'exercice précédent, l'exigence de marge de solvabilité est au moins égale à celle de l'exercice précédent multipliée par le rapport entre les provisions techniques pour sinistres à payer à la fin du dernier exercice et le montant des provisions techniques à payer au début du dernier exercice. Dans ces calculs, les provisions techniques sont calculées déduction faite de la réassurance, le ratio ne pouvant jamais être supérieur à un.

En outre, pour la prise en compte de la réassurance financière limitée dans le ratio de réassurance mentionné au premier alinéa, l'Autorité de contrôle se fonde sur le transfert de risque effectif.

Sur demande et justification de l'institution ou union auprès de l'Autorité de contrôle, et avec l'accord de celle-ci, les montants récupérables au titre des risques transférés à un véhicule de titrisation mentionné à l'article L. 310-1-2 du code des assurances peuvent être assimilés à des cessions en réassurance pour le calcul du rapport mentionné au dernier alinéa du a et au dernier alinéa du b du présent article.

L'Autorité de contrôle tient compte du transfert de risque effectif pour apprécier l'ampleur de la

réduction d'exigence de marge de solvabilité autorisée au titre de chaque opération réalisée avec un véhicule de titrisation. Elle tient également compte de la capacité de ce véhicule à respecter à tout moment ses engagements.

Les montants correspondant aux seuils des cotisations et des sinistres mentionnés aux quatrième alinéas des a et b sont révisés annuellement en fonction de l'évolution de l'indice européen des prix à la consommation publié par Eurostat pour l'ensemble des Etats membres.

Chaque année, l'autorité de contrôle communique les nouveaux montants en euros calculés en fonction de l'évolution de cet indice et arrondis au multiple de 100 000 euros supérieur.

Si la variation de l'indice depuis la dernière adaptation est inférieure à 5 %, ces montants ne sont pas révisés.

## **Article R931-10-5**

Le fonds de garantie des institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer une ou plusieurs des branches mentionnées aux 1, 2 et 16 a de l'article R. 931-2-1 est égal au tiers du montant de la marge de solvabilité défini à l'article R. 931-10-4.

Ce fonds ne peut être inférieur à 1, 8 million d'euros (1).

Ce montant est révisé annuellement en fonction de l'évolution de l'indice européen des prix à la consommation publié par Eurostat pour l'ensemble des Etats membres. Chaque année, l'Autorité de contrôle prudentiel communique le nouveau montant en euros calculé en fonction de l'évolution de cet indice et arrondi au multiple de 100 000 euros supérieur. Si la variation de l'indice depuis la dernière adaptation est inférieure à 5 %, ce montant n'est pas révisé.

Le fonds est constitué par les éléments mentionnés aux 1, 2, 3, 4 du I et au II de l'article R. 931-10-3

## **Sous-section 3 : Marge de solvabilité des institutions de prévoyance vie**

### **Article R931-10-6**

I.-La marge de solvabilité mentionnée à l'article R. 931-10-1 relative aux institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer les branches 20 à 22 et 24 à 26 mentionnées à l'article R. 931-2-1 est constituée, après déduction des pertes, de la part des frais d'acquisition non admise en représentation des engagements réglementés et des autres éléments incorporels, par les éléments suivants :

1. Le fonds d'établissement constitué ;
2. Les réserves de toute dénomination, réglementaires ou libres, ne correspondant pas aux engagements ;
3. Les excédents reportés ;
4. Le ou les emprunts pour fonds de développement ; toutefois, à partir de la moitié de la durée de l'emprunt, celui-ci n'est retenu dans la marge de solvabilité que pour sa valeur progressivement réduite chaque année d'un montant constant égal au double du montant total de cet emprunt divisé

par le nombre d'années de sa durée.

Lorsque l'institution de prévoyance ou l'union n'est pas soumise à une surveillance complémentaire en application de l'article L. 933-3 ou de l'article L. 933-4-1, la marge de solvabilité est diminuée des éléments suivants :

- a) Les participations au sens du 2° de l'article L. 933-2 que l'institution ou l'union détient dans des établissements de crédit, des entreprises d'investissement ou des établissements financiers ;
- b) Les créances et autres instruments financiers que l'institution ou l'union détient sur des établissements de crédit, des entreprises d'investissement ou des établissements financiers dans lesquels elle détient une participation, et qui sont considérés comme des fonds propres pour le calcul des exigences de fonds propres applicables aux entreprises et établissements mentionnés ci-dessus.

Lorsqu'une participation dans un établissement de crédit, une entreprise d'investissement ou un établissement financier est détenue temporairement par une institution ou union susmentionnées en vue de faciliter l'assainissement et la sauvegarde de cette entité, l'Autorité de contrôle prudentiel peut autoriser l'institution de prévoyance ou l'union à ne pas effectuer les déductions prévues aux deux alinéas précédents.

II.-La marge de solvabilité peut également être constituée par les fonds effectivement encaissés provenant de l'émission de titres ou emprunts subordonnés.

Ces titres et emprunts doivent répondre aux conditions, notamment de durée et de remboursement, fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. La prise en compte de ces fonds est admise jusqu'à concurrence de 50 % de l'exigence de marge de solvabilité ou de la marge de solvabilité, le montant le plus faible étant retenu. Toutefois, la prise en compte de ceux de ces fonds qui proviennent de titres ou emprunts à durée déterminée n'est admise qu'à concurrence de 25 % de cette marge. Tout remboursement effectué irrégulièrement peut, conformément aux dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier, donner lieu à des mesures de police ou de sanction de l'Autorité de contrôle prudentiel.

III.-Sur demande et justification de l'institution ou de l'union et avec l'accord de l'Autorité de contrôle prudentiel, la marge de solvabilité peut également être constituée par :

1. La moitié de la part restant à rembourser de l'emprunt pour fonds d'établissement ;
2. Avec l'accord des autorités de contrôle des Etats membres de la Communauté européenne où l'institution ou l'union exerce son activité, les plus-values pouvant résulter de la sous-estimation d'éléments d'actif et de la surestimation d'éléments de passif autres que les provisions mathématiques, dans la mesure où de telles plus-values n'ont pas un caractère exceptionnel ;
3. Jusqu'au 31 décembre 2009, un montant représentant 50 % des excédents futurs de l'institution ou de l'union, mais n'excédant pas 25 % de l'exigence de marge de solvabilité ou de la marge de solvabilité disponible, le montant le plus faible étant retenu. Le montant des excédents futurs est obtenu en multipliant l'excédent estimé de l'institution ou de l'union par le facteur qui représente la durée résiduelle moyenne des bulletins d'adhésion aux règlements ou contrats.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les modalités de calcul de ce facteur ainsi que les éléments constitutifs de l'excédent annuel estimé ;

4. Les plus-values latentes sur les instruments financiers à terme mentionnés aux articles R. 931-10-48 et R. 931-10-49, dès lors que les opérations correspondantes sont négociées sur un marché reconnu au sens du dernier alinéa du A de l'article R. 931-10-21 ou réalisées de gré à gré

dans la mesure où elles sont garanties dans les conditions prévues à l'article R. 931-10-59.

Les moins-values latentes sur instruments financiers à terme non provisionnées sont déduites des éléments énumérés à l'alinéa précédent et au 2.

IV. Pour les institutions de prévoyance ou unions adhérentes au fonds paritaire de garantie institué par l'article L. 931-35, la marge de solvabilité peut également être constituée par la réserve pour fonds de garantie prévue à l'article R. 931-12-11, à hauteur de la part de cotisation versée par l'institution ou l'union et non utilisée par le fonds.

V.-Lorsque l'institution de prévoyance ou l'union n'est pas soumise à une surveillance complémentaire en application de l'article L. 933-3 ou de l'article L. 933-4-1, la marge de solvabilité est diminuée des éléments suivants :

- a) Les participations au sens du 2° de l'article L. 933-2 que l'institution ou l'union détient dans des établissements de crédit, des entreprises d'investissement ou des établissements financiers ;
- b) Les créances et autres instruments financiers que l'institution ou l'union détient sur des établissements de crédit, des entreprises d'investissement ou des établissements financiers dans lesquels elle détient une participation, et qui sont considérés comme des fonds propres pour le calcul des exigences de fonds propres applicables aux entreprises et établissements mentionnés ci-dessus.

Lorsqu'une participation dans un établissement de crédit, une entreprise d'investissement ou un établissement financier est détenue temporairement par une institution ou union susmentionnées en vue de faciliter l'assainissement et la sauvegarde de cette entité, l'Autorité de contrôle prudentiel peut autoriser l'institution de prévoyance ou l'union à ne pas effectuer les déductions prévues aux deux alinéas précédents.

En outre, l'institution ou l'union n'est pas tenue d'effectuer les déductions mentionnées au a et au b lorsqu'elle est soumise à une surveillance complémentaire en application de l'article L. 933-3 ou de l'article L. 934-4-1 et qu'elle présente une solvabilité ajustée positive calculée selon les modalités précisées à l'article R. 933-8 et R. 933-9. La méthode définie à l'article R. 933-8 n'est applicable que si l'Autorité de contrôle estime que la gestion intégrée et le contrôle interne des entités entrant dans le périmètre de consolidation sont satisfaisants.

VI.-Lorsqu'elle estime que l'appréciation du report des excédents mentionnés au 3 du I est susceptible d'être faussée par l'existence d'un contrat de réassurance financière limitée souscrit par l'institution de prévoyance ou l'union, l'Autorité de contrôle peut limiter la prise en compte de ce report, en vue d'y intégrer les charges futures attendues au titre de ce contrat. Le cas échéant, le montant de la marge de solvabilité est ajusté au terme du contrat de réassurance financière limitée, en fonction du report cumulé effectivement constaté.

## **Article R931-10-7**

En ce qui concerne les institutions de prévoyance ou les unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer les branches mentionnées aux 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 931-2-1, l'exigence minimale de marge de solvabilité est déterminée, selon les branches exercées, en application des dispositions suivantes :

- a) Pour les branches 20 et 21, à l'exception des garanties complémentaires :

L'exigence minimale de marge de solvabilité est calculée par rapport aux provisions mentionnées aux 1° et 4° de l'article R. 931-10-17 et aux capitaux sous risque. Elle est égale à la somme des deux résultats suivants :

-lorsque l'institution n'assume pas un risque de placement, et pour les contrats mentionnés à l'article L. 932-40 qui prévoient que les frais de gestion ne sont pas fixés pour une période supérieure à cinq ans, à un montant équivalent à 25 % des dépenses de gestion nettes relatives à ces opérations pour le dernier exercice ;

-le premier résultat est obtenu en multipliant un nombre représentant 4 % de la somme des provisions mentionnées aux 1° et 4° de l'article R. 931-10-17, relatives aux opérations directes sans déduction des cessions en réassurance et aux acceptations en réassurance, par le rapport existant, pour le dernier exercice, entre le montant des provisions mathématiques, après cessions en réassurance et le montant des provisions mathématiques brut de réassurance, sans que ce rapport puisse être inférieur à 85 % ;

-le second résultat est obtenu en multipliant un nombre représentant 0,3 % des capitaux sous risque par le rapport existant, pour le dernier exercice, entre le montant des capitaux sous risque après cession et rétrocession en réassurance et le montant des capitaux sous risque brut de réassurance, sans que ce rapport puisse être inférieur à 50 %.

Pour les assurances temporaires en cas de décès, d'une durée maximale de trois années, le facteur multiplicateur des capitaux sous risque est de 0,1 %. Il est fixé à 0,15 % desdits capitaux pour les assurances temporaires en cas de décès dont la durée est supérieure à trois années mais n'excède pas cinq années.

Le capital sous risque est égal au risque décès, déduction faite de la provision mathématique du risque principal.

b) Pour les garanties complémentaires relatives à des bulletins d'adhésion à des règlements et contrats comportant des engagements résultant d'opérations relevant des branches 20 à 22 :

L'exigence minimale de marge de solvabilité est égale au résultat obtenu par application de la méthode de calcul suivante :

-au total des cotisations émises en opérations directes au cours du dernier exercice, quel que soit l'exercice au titre duquel elles ont été émises, accessoires compris, sont ajoutées les cotisations acceptées en réassurance au cours du dernier exercice ;

-de cette somme sont déduits, d'une part, le total des cotisations annulées au cours du dernier exercice, d'autre part, le total des impôts et taxes afférents auxdites cotisations ;

-le montant ainsi obtenu est réparti en deux tranches, respectivement inférieure et supérieure à 10 millions d'euros ; à 18 % de la première tranche sont ajoutés 16 % de la seconde ;

-la somme des deux termes prévus à l'alinéa précédent est multipliée par le rapport existant, pour le dernier exercice, entre le montant des sinistres demeurant à charge de l'institution de prévoyance après cession et rétrocession en réassurance et le montant des sinistres brut de réassurance sans que ce rapport puisse être inférieur à 50 %.

c) Pour la branche 24, à l'exception des opérations de capitalisation exprimées en unités de compte, l'exigence minimale de marge de solvabilité est égale au résultat obtenu en multipliant un nombre représentant 4 % des provisions mentionnées aux 1° et 4° de l'article R. 931-10-17 relatives aux opérations directes et aux acceptations brutes de réassurance par le rapport mentionné au premier résultat défini au du présent article.

d) Pour la branche 22, à l'exception des garanties complémentaires, la branche 24 lorsqu'il s'agit d'opérations de capitalisation exprimées en unités de compte et la branche 25, l'exigence minimale de marge de solvabilité est égale :

-lorsque l'institution assume un risque de placement, à un nombre représentant 4 % des provisions techniques relatives aux opérations directes et aux acceptations brutes de réassurance multiplié par le rapport mentionné au premier résultat défini au a du présent article ;

-lorsque l'institution n'assume pas de risque de placement et lorsque le montant destiné à couvrir des frais de gestion est fixé pour une période supérieure à cinq ans, à un nombre représentant 1 % des provisions techniques relatives aux opérations directes multiplié par le rapport mentionné au premier résultat du a du présent article, à la condition que la durée du bulletin d'adhésion au règlement ou du contrat soit supérieure à cinq années et que le montant destiné à couvrir les frais de gestion prévus dans le bulletin d'adhésion ou le contrat soit fixé pour une période supérieure à cinq années ;

-lorsque l'institution ou l'union n'assume pas de risque de placement et lorsque le montant destiné à couvrir des frais de gestion n'est pas fixé pour une période supérieure à cinq ans, à un nombre représentant 25 % des dépenses de gestion nettes relatives à ces opérations pour le dernier exercice ;

-lorsque l'institution assume un risque de mortalité, le montant de la marge de solvabilité est obtenu en ajoutant à l'un ou l'autre des résultats déterminés par application des dispositions des deux tirets précédents un nombre représentant 0,3 p. 100 des capitaux sous risque multiplié par le rapport existant, pour le dernier exercice, entre le montant des capitaux sous risque après cessions et rétrocessions en réassurance et le montant des capitaux sous risque brut de réassurance, sans que ce rapport puisse être inférieur à 50 %.

e) Pour la branche 26, l'exigence minimale de marge de solvabilité est égale à un nombre représentant 4 % de la provision technique spéciale mentionnée à l'article R. 932-4-4, dans la limite de la provision mathématique théorique mentionnée à l'article R. 932-4-15.

En outre, pour la prise en compte de la réassurance financière limitée dans le ratio de réassurance mentionné au premier alinéa, l'Autorité de contrôle prudentiel se fonde sur le transfert de risque effectif.

Sur demande et justification de l'institution ou union auprès de l'Autorité de contrôle prudentiel, et avec l'accord de celle-ci, les montants récupérables au titre des risques transférés à un véhicule de titrisation peuvent être assimilés à des cessions en réassurance pour le calcul du rapport mentionné aux deuxième et troisième alinéas du a et au e.

L'Autorité de contrôle prudentiel tient compte du transfert de risque effectif pour apprécier l'ampleur de la réduction d'exigence de marge de solvabilité autorisée au titre de chaque opération réalisée avec un véhicule de titrisation. Elle tient également compte de la capacité de ce véhicule à respecter à tout moment ses engagements.

## **Article R931-10-8**

Le fonds de garantie des institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer une ou plusieurs des branches mentionnées aux 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 931-2-1 est égal au tiers du montant de la marge de solvabilité défini à l'article R. 931-10-7.

Ce fonds ne peut être inférieur à 2,6 millions d'euros (1). Ce montant est révisé annuellement en

fonction de l'évolution de l'indice européen des prix à la consommation publié par Eurostat pour l'ensemble des Etats membres. Chaque année, l'Autorité de contrôle prudentiel communique le nouveau montant en euros calculé en fonction de l'évolution de cet indice et arrondi au multiple de 100 000 euros supérieur. Si la variation de l'indice depuis la dernière adaptation est inférieure à 5 %, ce montant n'est pas révisé.

Le fonds est constitué par les éléments mentionnés aux 1, 2 et 3 du I, au II et au 1 du III de l'article R. 931-10-6.

## **Sous-section 4 : Marge de solvabilité des institutions de prévoyance mixtes.**

### **Article R931-10-9**

La marge de solvabilité mentionnée à l'article R. 931-10-1 relative aux institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer simultanément au moins deux ou plusieurs branches mentionnées soit aux 1 et 2, soit aux 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 931-2-1, est constituée, après déduction des pertes ainsi que de la part des frais d'acquisition non admise en représentation des engagements réglementés et des autres éléments incorporels, par les mêmes éléments que ceux définis à l'article R. 931-10-6 en tenant compte des déductions prévues au premier alinéa du I de cet article. Toutefois, l'élément défini au 3 du III de cet article n'est à prendre en compte que dans la limite du montant de la fraction vie définie au troisième alinéa de l'article R. 931-10-10.

Les moins-values latentes sur instruments financiers à terme non provisionnées sont déduites des éléments énumérés ci-dessus.

### **Article R931-10-10**

L'exigence minimale de marge de solvabilité des institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer simultanément au moins deux ou plusieurs branches mentionnées soit aux 1 et 2, soit aux 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 931-2-1 est égale à la somme des deux éléments ci-après, dénommés respectivement fraction non-vie et fraction vie.

Le montant minimal de la fraction non-vie est calculé dans les conditions définies à l'article R. 931-10-4, sur la base des cotisations et sinistres afférents aux opérations directes et aux acceptations relevant des branches mentionnées aux 1 et 2 de l'article R. 931-2-1.

Le montant minimal de la fraction vie est calculé dans les conditions définies à l'article R. 931-10-7, sur la base des provisions techniques, des capitaux sous risques, des cotisations, des sinistres et des avoirs afférents aux opérations directes et aux acceptations relevant des branches mentionnées aux 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 931-2-1.

### **Article R931-10-11**

Le fonds de garantie des institutions de prévoyance et des unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer simultanément au moins deux ou plusieurs branches mentionnées soit aux 1 et 2, soit aux 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 931-2-1, est égal au tiers de l'exigence minimale de marge de solvabilité définie à l'article R. 931-10-10, sans pouvoir être inférieur au seuil défini à l'article R. 931-10-8.

Le fonds est constitué par les éléments mentionnés aux 1, 2, 3, 4 du I et au II de l'article R. 931-10-6.

## **Sous-section 5 : Marge de solvabilité des institutions et unions de réassurance.**

### **Article R931-10-11-1**

I.-La marge de solvabilité des institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance agréées dans les conditions prévues à l'article L. 931-4-1 est constituée, après déduction des pertes et éléments incorporels, par les éléments suivants :

1. Le fonds d'établissement constitué ;
2. Les réserves de toute dénomination, réglementaires ou libres, ne correspondant pas aux engagements, y compris la réserve de capitalisation ;
3. Le report des excédents ;
4. Le ou les emprunts pour fonds de développement ; toutefois, à partir de la moitié de la durée de l'emprunt, celui-ci n'est retenu dans la marge de solvabilité que pour sa valeur progressivement réduite chaque année d'un montant constant égal au double du montant total de cet emprunt divisé par le nombre d'années de sa durée ;
5. Sur demande et justification de l'entreprise, les éléments mentionnés au III de l'article R. 931-10-3 ou de l'article R. 931-10-6, dans les conditions et limites fixées par ces articles.

II.-Lorsque l'institution de prévoyance et l'union n'est pas soumise à une surveillance complémentaire en application de l'article L. 933-3 ou de l'article L. 933-4, la marge de solvabilité disponible est également diminuée des éléments suivants :

- a) Les participations au sens du 2° de l'article L. 933-2 que l'institution ou l'union détient dans des établissements de crédit, des entreprises d'investissement ou des établissements financiers ;
- b) Les créances et autres instruments financiers que l'institution ou l'union détient sur des établissements de crédit, des entreprises d'investissement ou des établissements financiers dans lesquels elle détient une participation, et qui sont considérés comme des fonds propres pour le calcul des exigences de fonds propres applicables aux entreprises et établissements mentionnés ci-dessus.

Lorsqu'une participation dans un établissement de crédit, une entreprise d'investissement ou un établissement financier est détenue temporairement par une institution ou union susmentionnées en



vue de faciliter l'assainissement et la sauvegarde de cette entité, l'Autorité de contrôle prudentiel prudentiel peut autoriser l'institution de prévoyance ou l'union à ne pas effectuer les déductions prévues aux deux alinéas précédents.

En outre, l'institution de prévoyance ou l'union n'est pas tenue d'effectuer ces déductions lorsqu'elle présente une solvabilité ajustée positive calculée selon les modalités précisées à l'article R. 933-8 et R. 933-9. La méthode définie à l'article R. 933-8 n'est applicable que si l'Autorité de contrôle prudentiel estime que la gestion intégrée et le contrôle interne des entités entrant dans le périmètre de consolidation sont satisfaisants.

III.-Lorsqu'elle estime que l'appréciation du report des excédents mentionnés au 3 du I est susceptible d'être faussée par l'existence d'un contrat de réassurance financière limitée souscrit par l'institution ou l'union, l'Autorité de contrôle prudentiel peut limiter la prise en compte de ce report, en vue d'y intégrer les charges futures attendues au titre de ce contrat. Le cas échéant, le montant de la marge de solvabilité est ajusté au terme du contrat de réassurance financière limitée, en fonction du report cumulé effectivement constaté.

## **Article R931-10-11-2**

I.-Sous réserve des dispositions du II et du III, l'exigence de marge de solvabilité des institutions et unions agréées dans les conditions prévues à l'article L. 931-4-1 est égale au plus élevé des deux résultats obtenus par l'application des deux méthodes suivantes :

a) Première méthode : calcul par rapport au montant annuel des cotisations.

L'assiette des cotisations est calculée à partir des cotisations brutes émises ou des cotisations brutes acquises, le montant le plus élevé étant retenu.

Les cotisations émises dans le cadre des acceptations en réassurance au cours du dernier exercice, accessoires compris, sont agrégées.

De ce montant sont déduits le montant total des cotisations annulées au cours du dernier exercice ainsi que le montant total des impôts et taxes afférents aux primes ou cotisations précitées.

Le montant obtenu est divisé en deux tranches, respectivement inférieure et supérieure à 50 millions d'euros. A 18 % de la première tranche sont ajoutés 16 % de la seconde.

Le résultat déterminé par application de la première méthode est le produit de la somme prévue à l'alinéa précédent par le rapport, sur les trois derniers exercices, entre le montant des sinistres demeurant à la charge de l'entreprise de réassurance après déduction des montants récupérables au titre des cessions en réassurance et le montant des sinistres bruts. Ce rapport ne peut, en aucun cas, être inférieur à 50 %.

Sous réserve de l'accord de l'Autorité de contrôle prudentiel, des méthodes statistiques peuvent être utilisées pour l'affectation des cotisations ;

b) Deuxième méthode : calcul par rapport à la charge moyenne des sinistres.

La charge moyenne des sinistres est calculée sur la base des trois derniers exercices.

Les montants des sinistres réglés durant les périodes mentionnées à l'alinéa précédent, sans déduction des sinistres supportés par les récessionnaires, sont agrégés. A cette somme est ajouté

le montant des provisions pour sinistres constituées à la fin du dernier exercice. Il en est déduit le montant des recours encaissés au cours des mêmes périodes, ainsi que le montant des provisions pour sinistres constituées au début du second exercice précédant le dernier exercice inventorié.

Un tiers du montant ainsi obtenu est réparti en deux tranches, respectivement inférieure et supérieure à 35 millions d'euros. A 26 % de la première tranche sont ajoutés 23 % de la seconde tranche.

La somme ainsi obtenue est multipliée par le rapport, sur les trois derniers exercices, entre le montant des sinistres demeurant à la charge de l'organisme après déduction des montants récupérables au titre des rétrocessions en réassurance et le montant des sinistres bruts. Ce rapport ne peut, en aucun cas, être inférieur à 50 %.

Avec l'accord des autorités compétentes, des méthodes statistiques peuvent être utilisées pour l'affectation des sinistres, provisions et recours.

Si les calculs prévus au a et au b donnent un résultat inférieur à l'exigence de marge de solvabilité de l'exercice précédent, l'exigence de marge de solvabilité est au moins égale à celle de l'exercice précédent, multipliée par le rapport entre le montant des provisions techniques pour sinistres à la fin du dernier exercice et leur montant au début du dernier exercice. Dans ce cas, les provisions techniques sont calculées déduction faite des rétrocessions, ce rapport ne pouvant cependant pas être supérieur à un.

II.- Sur demande et justification de l'organisme auprès de l'Autorité de contrôle prudentiel, et avec l'accord de celle-ci, les montants récupérables au titre des risques cédés à un véhicule de titrisation mentionné à l'article L. 310-1-2 du code des assurances peuvent être assimilés à des cessions en réassurance pour le calcul du rapport mentionné à l'avant-dernier alinéa du a et au quatrième alinéa du b du I. L'Autorité de contrôle prudentiel tient compte du transfert de risque effectif pour apprécier l'ampleur de la réduction d'exigence de marge de solvabilité autorisée au titre de chaque opération réalisée avec un véhicule de titrisation. Elle tient également compte de la capacité de ce véhicule à tenir à tout moment ses engagements.

En outre, pour la prise en compte de la réassurance financière limitée dans le ratio de réassurance mentionné au premier alinéa, l'Autorité de contrôle prudentiel se fonde sur le transfert de risque effectif.

Les montants correspondant aux seuils des cotisations et des sinistres mentionnés aux a et b sont révisés annuellement en fonction de l'évolution de l'indice européen des prix à la consommation publié par Eurostat pour l'ensemble des Etats membres.

Chaque année, l'Autorité de contrôle prudentiel communique les nouveaux montants en euros calculés en fonction de l'évolution de cet indice et arrondis au multiple de 100 000 euros supérieur.

Si la variation de l'indice depuis la dernière adaptation est inférieure à 5 %, ces montants ne sont pas révisés.

III.- L'Autorité de contrôle prudentiel peut exiger d'une institution de prévoyance ou union de réassurance, sur décision motivée, que pour les opérations mentionnées au a de l'article L. 931-1, à l'exception des opérations d'assurance collective en cas de décès et des opérations mentionnées au d du 1 de l'article 2 de la directive n° 2002 / 83 / CE concernant l'assurance directe sur la vie, l'exigence de marge de solvabilité soit déterminée conformément à l'article R. 931-10-7.

L'exigence de marge de solvabilité de cette institution ou union de réassurance pratiquant simultanément la réassurance vie et non-vie est alors égale à la somme des exigences de marge de

solvabilité applicables aux activités de réassurance vie et aux activités de réassurance non-vie, calculées conformément au paragraphe II et au premier alinéa.

### **Article R931-10-11-3**

Le fonds de garantie des institutions et unions de réassurance est égal au tiers de l'exigence de marge de solvabilité mentionnée à l'article R. 931-10-11-3. Il ne peut être inférieur à 3 millions d'euros. Toutefois, cette limite est fixée à 1 million d'euros s'agissant du fonds de garantie des entreprises de réassurance n'appartenant pas à un groupe d'assurance au sens de l'article L. 931-34, détenues par un établissement de crédit, une entreprise d'investissement, une compagnie financière holding mixte ou par une entreprise non financière, et qui ont pour objet exclusif la réassurance des risques d'un ou plusieurs organismes, autres que des entreprises d'assurance, du groupe au sens de l'article L. 931-34 auquel elles appartiennent.

Ce montant est révisé annuellement en fonction de l'évolution de l'indice européen des prix à la consommation publié par Eurostat pour l'ensemble des Etats membres. Chaque année, l'Autorité de contrôle prudentiel communique le nouveau montant en euros calculé en fonction de l'évolution de cet indice et arrondi au multiple de 100 000 euros supérieur. Si la variation de l'indice depuis la dernière adaptation est inférieure à 5 %, ce montant n'est pas révisé.

Le fonds de garantie est composé des éléments mentionnés au I de cet article, après déduction des éléments mentionnés au II du même article.

## **Sous-section 6 : Engagements réglementés - Dispositions générales.**

### **Article R931-10-12**

Les engagements réglementés dont les institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance mentionnées aux articles L. 931-1 et L. 931-1-1 doivent, à toute époque, être en mesure de justifier l'évaluation sont les suivants :

- 1° Les provisions techniques suffisantes pour le règlement intégral de leurs engagements vis-à-vis de leurs membres participants et des bénéficiaires et ayants droit de bulletins d'adhésion à des règlements et de contrats et des organismes réassurés ;
- 2° Les postes du passif correspondant aux autres créances privilégiées ;
- 3° Les dépôts de garantie des membres participants et des tiers, s'il y a lieu ;
- 4° Une réserve d'amortissement des emprunts pour les institutions de prévoyance et leurs unions exerçant une activité d'assurance ;
- 5° Une provision pour charges destinée à faire face aux engagements pris par l'institution ou l'union en faveur de ses salariés.

Les provisions techniques mentionnées au 1° du présent article sont calculées, sans déduction des réassurances cédées, dans les conditions fixées aux articles R. 931-10-14 à R. 931-10-18.

## **Article R931-10-13**

1. Lorsque les garanties d'un bulletin d'adhésion à un règlement ou celles d'un contrat sont exprimées dans une monnaie déterminée, les engagements de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance mentionnés à l'article R. 931-10-12 sont libellés dans cette monnaie.

2. Lorsque les garanties d'un bulletin d'adhésion à un règlement ou celles d'un contrat ne sont pas exprimées dans une monnaie déterminée, les engagements de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance sont libellés dans la monnaie du pays où le risque est situé. Toutefois, cette institution de prévoyance ou cette union d'institutions de prévoyance peut choisir de libeller ses engagements dans la monnaie dans laquelle la cotisation est exprimée si, dès la souscription du bulletin d'adhésion au règlement ou du contrat, il paraît vraisemblable qu'un sinistre sera payé, non dans la monnaie du pays de situation du risque, mais dans la monnaie dans laquelle la cotisation a été libellée.

3. Si un sinistre a été déclaré à l'institution de prévoyance ou à l'union d'institutions de prévoyance et si les prestations sont payables dans une monnaie déterminée autre que celle résultant de l'application des dispositions précédentes, les engagements de l'institution ou de l'union sont libellés dans la monnaie dans laquelle l'indemnité à verser par cette institution ou union a été fixée par une décision de justice ou par accord entre l'institution ou l'union et, selon les cas, le membre adhérent ou le membre participant.

4. Lorsqu'un sinistre est évalué dans une monnaie connue d'avance de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance, mais différente de celle qui résulte de l'application des dispositions précédentes, l'institution ou l'union peut libeller ses engagements dans cette monnaie.

## **Sous-section 7 : Provisions techniques des opérations non-vie.**

### **Article R931-10-14**

Les provisions techniques correspondant aux opérations relatives aux branches ou sous-branches mentionnées aux 1 et 2 et 16 a de l'article R. 931-2-1 sont les suivantes :

1° Provision mathématique des rentes : valeur actuelle des engagements de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institution de prévoyance relatifs aux rentes et accessoires de rentes mis à sa charge ;

2° Provision pour sinistres à payer : valeur estimative des dépenses en principal et en frais, tant internes qu'externes, nécessaires au règlement de tous les sinistres survenus et non payés, y compris les capitaux constitutifs des rentes non encore mises à la charge de l'institution ou de l'union ;

3° Provision pour cotisations non acquises : provision destinée à constater, pour l'ensemble des bulletins d'adhésion ou contrats en cours, la part des cotisations émises et des cotisations restant à émettre se rapportant à la période comprise entre la date de l'inventaire et la date de la prochaine échéance de cotisation ou, à défaut, du terme du bulletin d'adhésion ou du contrat ;

4° Provision pour risques en cours : provision destinée à couvrir, pour l'ensemble des bulletins d'adhésion et des contrats en cours, la charge des sinistres et des frais afférents aux bulletins d'adhésion et contrats, pour la période s'écoulant entre la date de l'inventaire et la date de la première échéance de cotisation pouvant donner lieu à révision de la cotisation par l'institution ou l'union ou, à défaut, entre la date de l'inventaire et le terme du bulletin d'adhésion ou du contrat, pour la part de coût qui n'est pas couverte par la provision pour cotisations non acquises ;

5° Réserve de capitalisation : réserve destinée à parer à la dépréciation des valeurs comprises dans l'actif de l'institution ou de l'union et à la diminution de leur revenu ;

6° Provision pour risques croissants : provision pouvant être exigée pour les opérations d'assurance contre les risques de maladie et d'invalidité et égale à la différence des valeurs actuelles des engagements respectivement pris par l'institution ou l'union et les membres adhérents ou participants ;

7° Provision pour risque d'exigibilité : provision destinée à faire face aux engagements dans le cas de moins-value de l'ensemble des actifs mentionnés à l'article R. 931-10-41. La provision à constituer est calculée dans les conditions définies au I de l'article R. 931-10-15 ;

8° Provision pour égalisation : provision destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité afférentes aux opérations collectives couvrant les risques de dommages corporels.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe en tant que de besoin les modalités de calcul de ces provisions.

## **Article R931-10-15**

I. # La provision pour risque d'exigibilité est constituée lorsque les placements mentionnés à l'article R. 931-10-41 se trouvent en situation de moins-value latente nette globale. Une moins-value latente nette globale des placements mentionnés à l'article R. 931-10-41 est constatée lorsque la valeur nette comptable de ces placements est supérieure à la valeur globale de ces mêmes placements évalués de la manière suivante :

a) Pour les valeurs mobilières cotées et les titres cotés mentionnés au a de l'article R. 931-10-42, la valeur retenue est le cours moyen calculé sur les trente derniers jours précédant le jour de l'inventaire ou, à défaut, le dernier cours coté avant cette date ;

b) Pour les actions de sociétés d'investissement à capital variable et les parts de fonds communs de placement mentionnés au c de l'article R. 931-10-42, la valeur retenue est la moyenne des prix de rachat publiés au cours des trente derniers jours précédant le jour de l'inventaire ou, à défaut, le dernier prix de rachat publié avant cette date ;

c) Pour les autres actifs, leur valeur est évaluée selon les règles prévues à l'article R. 931-10-42.

1° Lorsque l'institution ou union, avant dotation à la provision pour risque d'exigibilité, satisfait à la représentation de ses engagements réglementés et à la couverture de l'exigence minimale de marge de solvabilité, la dotation annuelle à la provision pour risque d'exigibilité au titre de l'exercice est égale au tiers du montant de la moins-value latente nette globale constatée sur les placements mentionnés à l'article R. 931-10-41, sans que cette dotation puisse conduire à ce que le montant total de la provision inscrite au bilan excède le montant de la moins-value latente nette globale constatée sur les placements mentionnés à l'article R. 931-10-41.

2° Dans les autres cas, la provision pour risque d'exigibilité inscrite au bilan au titre de l'exercice est égale à la moins-value latente nette globale constatée sur les placements mentionnés à l'article R. 931-10-41.

Pour les calculs mentionnés aux alinéas précédents, les valeurs mentionnées aux a, b et c prennent en compte les moins-values latentes des opérations sur instruments financiers à terme prévues aux articles R. 931-10-48 à R. 931-10-50 ayant comme sous-jacent les actifs mentionnés à l'article R. 931-10-41. Ces moins-values latentes sont prises en compte à hauteur de la partie excédant la valeur des titres ou espèces donnés en garantie. Les plus-values latentes ne sont prises en compte que si elles sont garanties dans les conditions prévues à l'article R. 931-10-59.

II.-La provision pour frais d'acquisition reportés doit être constituée pour un montant égal au montant des frais d'acquisitions reportés en application des dispositions de l'article R. 931-10-47.

### **Article R931-10-15-1**

Dans les conditions mentionnées au 1° du I de l'article R. 931-10-15, la charge constituée par la dotation à la provision pour risque d'exigibilité mentionnée à l'article R. 931-10-15 peut être étalée dans des conditions précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le report de charge consécutif à cet étalement ne peut toutefois pas conduire à ce que la charge totale relative au provisionnement de la moins-value latente globale mentionnée à l'article R. 931-10-15 pour un exercice donné soit supportée sur plus de huit exercices consécutifs, à compter de l'exercice où cette moins-value latente globale a été constatée.

Lorsqu'une provision pour risque d'exigibilité est constituée dans une comptabilité auxiliaire d'affectation établie en vertu du présent code, le report de la charge est constaté dans les comptes de l'institution de prévoyance et n'affecte pas cette comptabilité auxiliaire.

### **Article R931-10-16**

La provision pour sinistre à payer est calculée exercice par exercice.

L'évaluation des sinistres connus est effectuée dossier par dossier, le coût d'un dossier comprenant toutes les charges externes individualisables ; elle est augmentée d'une estimation du coût des sinistres survenus mais non déclarés.

La provision pour sinistres à payer est calculée pour son montant brut, sans tenir compte des recours à exercer ; les recours à recevoir font l'objet d'une évaluation distincte.

Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa du présent article, toute institution de prévoyance ou union d'institutions de prévoyance peut, après accord de l'Autorité de contrôle prudentiel instituée à l'article L. 951-1, utiliser des méthodes statistiques pour l'estimation des sinistres survenus au cours des deux derniers exercices.

La provision pour sinistres à payer est complétée par une évaluation des charges de gestion qui, compte tenu des éléments déjà inclus dans la provision, doit être suffisante pour liquider tous les sinistres.

## **Sous-section 8 : Provisions techniques des opérations vie.**

### **Article R931-10-17**

Les provisions techniques correspondant aux opérations relatives aux branches mentionnées aux 20 à 22 et 24 de l'article R. 931-2-1 sont les suivantes :

1° Provision mathématique : différence entre les valeurs actuelles des engagements respectivement pris par l'institution ou l'union, d'une part, et les membres adhérents ou participants, d'autre part ;

2° Provision pour participation aux excédents : montant des participations aux excédents attribuées aux participants et bénéficiaires de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats lorsque ces excédents ne sont pas payables immédiatement après la liquidation de l'exercice qui les a produits ;

3° Réserve de capitalisation : réserve destinée à parer à la dépréciation des valeurs comprises dans l'actif de l'institution ou de l'union et à la diminution de leur revenu ;

4° Provision de gestion : destinée à couvrir les charges de gestion future des bulletins d'adhésion à un règlement ou des contrats non couvertes par ailleurs ;

5° Provision pour aléas financiers : destinée à compenser la baisse de rendement de l'actif ;

6° Provision pour risque d'exigibilité : provision destinée à faire face aux engagements dans le cas de moins-value de l'ensemble des actifs mentionnés à l'article R. 931-10-41. La provision à constituer est calculée dans les conditions définies au I de l'article R. 931-10-15 ;

7° Provision pour frais d'acquisition reportés : provision destinée à couvrir les charges résultant du report des frais d'acquisition constaté en application de l'article R. 931-10-47 ;

8° Provision pour égalisation : provision destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité afférentes aux opérations collectives couvrant le risque décès.

Un engagement ne peut être provisionné qu'au titre d'une seule des catégories mentionnées au présent article.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe en tant que de besoin les modalités de calcul de ces provisions.

### **Article R931-10-18**

Pour tout bulletin d'adhésion ou contrat relatif à une opération d'assurance sur la vie comportant une valeur de rachat ou relatif à une opération de capitalisation, la valeur de rachat est égale à la provision mathématique du bulletin d'adhésion ou du contrat diminuée, éventuellement, d'une indemnité qui ne peut dépasser 5 p. 100 de cette provision mathématique. Cette indemnité doit être nulle à l'issue d'une période de dix ans à compter de la date d'effet du bulletin d'adhésion ou du contrat.

Pour l'application du présent article, la provision mathématique ne tient pas compte des éventuelles garanties de fidélité non exigibles par le participant au moment du rachat. Ces garanties doivent être explicitement décrites dans le règlement ou le contrat et clairement distinguées de la garantie qui en est l'objet principal.

### **Article R931-10-18-1**

Les institutions et unions effectuent chaque année avant l'arrêté des comptes un test d'exigibilité destiné à évaluer leur capacité à faire face à leurs engagements à l'égard des membres participants, bénéficiaires, ayants droit et des organismes réassurés dans des conditions détériorées de marché. Les modalités de ce test sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les résultats de ce test sont communiqués à l'Autorité de contrôle prudentiel à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R931-10-18-2**

Les provisions techniques correspondant aux opérations de réassurance acceptées sont les suivantes :

1° Provision mathématique : différence entre les valeurs actuelles des engagements respectivement pris par le réassureur et par les organismes réassurés ;

2° Provision mathématique des rentes : valeur actuelle des engagements de l'institution de prévoyance ou union en ce qui concerne les rentes et accessoires de rentes mis à sa charge ;

3° Provision pour frais d'acquisition reportés : provision destinée à couvrir les charges résultant du report des frais d'acquisition ;

4° Provision pour cotisations non acquises : fraction de cotisations qui correspond à la durée du



restant à courir pour un contrat ou un ensemble de contrats après la clôture de l'exercice considéré et jusqu'au terme de la garantie ;

5° Provision pour sinistres à payer : valeur estimative des dépenses en principal et en frais, tant internes qu'externes, nécessaires au règlement de tous les sinistres survenus et non payés, y compris les capitaux constitutifs des rentes non encore mises à la charge de l'institution de prévoyance ou union ;

6° Provision pour risques croissants : provision pouvant être exigée pour les opérations de réassurance contre les risques de maladie et d'invalidité et égale à la différence des valeurs actuelles des engagements respectivement pris par le réassureur et par l'assureur ;

7° Provision pour participation aux bénéfices :

a) Montant à la charge de l'organisme qui réassure au titre des participations aux bénéfices attribuées par l'institution ou l'union réassurée aux bénéficiaires de contrats lorsque ces bénéfices ne sont pas payables immédiatement après la liquidation de l'exercice qui les a produits ;

b) Montant à la charge de l'organisme qui réassure au titre des bénéfices correspondant au contrat qui la lie à l'institution ou l'union ;

8° Réserve de capitalisation : réserve destinée à parer à la dépréciation des valeurs comprises dans l'actif de l'organisme et à la diminution de leur revenu ;

9° Provision de gestion : destinée à couvrir les charges de gestion future des contrats non couvertes par ailleurs ;

10° Provision pour risque d'exigibilité : provision destinée à faire face aux engagements dans le cas de moins-value de l'ensemble des actifs mentionnés à l'article R. 931-10-41. La provision à constituer est calculée dans les conditions définies au I de l'article R. 931-10-15 ;

11° Provision pour risques en cours : provisions constituées en sus de la provision pour primes non acquises pour couvrir les risques à assumer par l'organisme de réassurance après la clôture de l'exercice, de manière à pouvoir faire face à toutes les demandes d'indemnisation et à tous les frais liés aux garanties en cours excédant le montant des primes non acquises et des primes restant à émettre nettes de primes restant à annuler, relatives auxdites garanties, jusqu'à la date de la première échéance de prime pouvant donner lieu à révision de la prime par le réassureur ou, à défaut, jusqu'au terme du contrat ;

12° Provision pour égalisation : provision destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité afférentes aux opérations de réassurance de groupe contre les risques de décès ou de dommages corporels et aux opérations d'assurance de groupe contre le risque décès.

## **Sous-section 9 : Réglementation des placements et autres éléments d'actifs.**

### **Paragraphe 1 : Dispositions applicables aux institutions et unions exerçant l'activité d'assurance.**

## **Article R931-10-19**

1. Les engagements réglementés mentionnés à l'article R. 931-10-12 doivent à toute époque être représentés par des actifs équivalents.
2. Les engagements pris dans une monnaie doivent être couverts par des actifs congruents, c'est-à-dire libellés ou réalisés dans cette monnaie.
3. Les actifs mentionnés au 1 du présent article doivent être localisés sur le territoire d'un Etat membre de la Communauté européenne.
4. Les engagements pris par les institutions de prévoyance et leurs unions résultant d'opérations réalisées en libre prestation de services dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen non membre de la Communauté européenne sont soumis aux règles du pays de situation du risque ou de l'engagement lorsque ce dernier subordonne l'exercice de ces opérations à agrément.

## **Article R931-10-20**

1. Les institutions de prévoyance ou leurs unions peuvent ne pas représenter leurs provisions techniques par des actifs congruents lorsque, pour satisfaire aux dispositions de l'article R. 931-10-19, elles doivent détenir dans une monnaie des éléments d'actifs d'un montant ne dépassant pas 7 p. 100 des éléments d'actifs existant dans l'ensemble des autres monnaies.
2. Par dérogation aux dispositions du 2 de l'article R. 931-10-19, les institutions de prévoyance et leurs unions peuvent ne pas couvrir par des actifs congruents un montant n'excédant pas 20 p. 100 de leurs engagements dans une monnaie déterminée.

## **Article R931-10-21**

En application des dispositions de l'article R. 931-10-19, et sous réserve des dérogations à cet article prévues par l'article R. 931-10-20 et par les articles R. 931-10-25 à R. 931-10-31, les institutions et unions exerçant une activité d'assurance représentent les engagements réglementés mentionnés à l'article R. 931-10-12 par les actifs suivants :

A.-Valeurs mobilières et titres assimilés :

1° Obligations et autres valeurs émises ou garanties par l'un des Etats membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (O. C. D. E.) ainsi que les titres émis par la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'article 1er de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 ; obligations émises ou garanties par un organisme international à caractère public dont un ou plusieurs Etats membres de la Communauté européenne font partie ; obligations émises ou garanties par les collectivités publiques territoriales d'un Etat membre de l'O. C. D. E. ;

2° Obligations, parts ou actions émises par un organisme de titrisation régi par la section 2 du

chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier ou par un organisme de droit étranger ayant un objet équivalent et titres participatifs, autres que celles et ceux visés au 1°, et négociés sur un marché reconnu ;

3° Titres de créances négociables d'un an au plus (certificats de dépôt et billets de trésorerie) rémunérés à taux fixe ou indexé sur un taux usuel sur les marchés interbancaire, monétaire ou obligataire et émis par des personnes morales autres que les Etats membres de l'OCDE ayant leur siège social sur le territoire de ces Etats et dont des titres sont négociés sur un marché reconnu ;

3° bis Bons à moyen terme négociables répondant aux conditions mentionnées à l'article R. 931-10-35-1, et émis par des personnes morales autres que les Etats membres de l'OCDE ayant leur siège social sur le territoire de ces Etats et dont des titres sont négociés sur un marché reconnu ;

3° ter Obligations, parts ou actions répondant aux conditions mentionnées aux a, b et c de l'article R. 931-10-35-1, émises par un organisme de titrisation régi par la section 2 du chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier ou par un organisme de droit étranger ayant un objet équivalent, respectant les règles prévues à l'article R. 931-10-35-2 ;

4° Actions des sociétés d'investissement à capital variable et parts de fonds communs de placement dont l'objet est limité à la gestion d'un portefeuille de valeurs mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 3° bis du présent article, dans les conditions fixées par l'article R. 931-10-35 ;

5° Actions et autres valeurs mobilières, négociées sur un marché reconnu, autres que celles mentionnées aux 4°, 6°, 7°, 10° et 12° ;

6° Actions des entreprises d'assurance, de réassurance ou de capitalisation ayant leur siège social sur le territoire de l'un des Etats membres de l'O. C. D. E. ;

7° Actions des entreprises d'assurance, de réassurance ou de capitalisation autres que celles mentionnées au 6° ;

8° Actions, parts et droits émis par des sociétés commerciales et obligations, titres participatifs et titres subordonnés émis par des sociétés d'assurance mutuelles, des institutions de prévoyance ou des unions d'une institution de prévoyance et des mutuelles, unions et fédérations régies par le code de la mutualité, ayant leur siège social sur le territoire de l'un des Etats membres de l'OCDE, autres que les valeurs visées aux 2°, 3°, 3° bis, 3° ter, 4°, 5°, 6°, 7°, 9° bis, 10° et 12° ;

9° Parts des fonds communs de placement à risques de l'article L. 214-28 du code monétaire et financier, parts des fonds communs de placement dans l'innovation de l'article L. 214-30 du même code et parts des fonds d'investissement de proximité de l'article L. 214-31 du même code ;

9° bis Actions des sociétés d'investissement à capital variable et parts de fonds communs de placement des articles L. 214-38 et L. 214-38-1 du code monétaire et financier, actions ou parts d'organisme de placement collectif en valeurs mobilières relevant de l'article L. 214-36 du code monétaire et financier, actions ou parts d'organismes de placement collectif en valeurs mobilières relevant de l'article L. 214-35 du code monétaire et financier dans sa rédaction antérieure au 2 août 2003 ;

9° ter Parts ou actions d'organismes de placement collectif en valeurs mobilières à règles d'investissement allégées mentionnés à l'article R. 214-83 du code monétaire et financier ;

9° quater Parts ou actions d'organismes de placement collectif en valeur mobilières de fonds alternatifs mentionnés à l'article R. 214-86 du code monétaire et financier ;

10° Actions des sociétés d'investissement à capital variable et parts des fonds communs de

placement, autres que celles mentionnées aux 4° et 9° à 9° quater, dans les conditions fixées par l'article R. 931-10-35 ;

Les marchés reconnus mentionnés aux 2°, 3°, 3° bis et 5° sont les marchés réglementés des Etats membres de la Communauté européenne ou des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen ou les marchés de pays tiers membres de l'OCDE en fonctionnement régulier. Les autorités compétentes de ces pays doivent avoir défini les conditions de fonctionnement du marché, d'accès à ce marché et d'admission aux négociations, et imposé le respect d'obligations de déclaration et de transparence.

#### B.-Actifs immobiliers :

11° Droits réels immobiliers afférents à des immeubles situés sur le territoire de l'un des Etats membres de l'O. C. D. E. ;

12° Parts ou actions des sociétés à objet strictement immobilier, parts des sociétés civiles à objet strictement foncier, ayant leur siège social sur le territoire de l'un des Etats membres de l'O. C. D. E., dans les conditions fixées par l'article R. 931-10-36 ;

12° bis Parts ou actions d'organismes de placement collectif immobilier relevant de la section 5 du chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier, autres que ceux mentionnés aux 12° ter à 12° quinquies ;

12° ter Parts ou actions d'organismes de placement collectif immobilier relevant du paragraphe 2 de la sous-section 4 de la section 5 du chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier ;

12° quater Parts ou actions d'organismes de placement collectif immobilier relevant du paragraphe 3 de la sous-section 4 de la section 5 du chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier ;

12° quinquies Parts ou actions d'organismes de placement collectif immobilier mentionnés au sous-paragraphe 7 du paragraphe 1 de la sous-section 1 de la section 5 du chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier, lorsqu'ils exercent la dérogation prévue à l'article R. 214-200 du même code.

#### C.-Prêts et dépôts :

13° Prêts obtenus ou garantis par les Etats membres de l'O. C. D. E., par les collectivités publiques territoriales et les établissements publics des Etats membres de l'O. C. D. E. ;

14° Prêts hypothécaires aux personnes physiques ou morales ayant leur domicile ou leur siège social sur le territoire de l'un des Etats membres de l'O. C. D. E., dans les conditions fixées par l'article R. 931-10-33 ;

15° Autres prêts ou créances représentatives de prêts consentis aux personnes physiques ou morales ayant leur domicile ou leur siège social sur le territoire de l'un des Etats membres de l'O. C. D. E., dans les conditions fixées par l'article R. 931-10-34 ;

16° Dépôts, dans les conditions fixées par l'article R. 931-10-37.

#### D.-Dispositions communes :

Les intérêts courus des placements énumérés au présent article sont assimilés auxdits placements.

Lorsqu'un instrument financier à terme a été souscrit dans les conditions définies à l'article R. 931-10-48 et qu'il est lié à un titre ou à un groupe de titres de même nature, parmi ceux mentionnés au paragraphe A du présent article, les primes ou soultes versées ou reçues pour la mise en place de l'instrument sont assimilées audit titre ou groupe de titres de même nature, dans la limite de la part restant à amortir et, pour les primes ou soultes versées au titre d'opérations de gré à gré, du montant des garanties reçues dans les conditions de l'article R. 931-10-59.

Les actifs représentatifs des provisions techniques sont évalués en net des dettes contractées pour l'acquisition de ces mêmes actifs.

Les actifs donnés en garantie d'un engagement particulier ne sont pas admissibles en représentation des autres engagements. Par exception, les actifs remis en garantie d'opérations de taux sur instruments financiers à terme mentionnées aux articles R. 931-10-48 et R. 931-10-49 sont admis en représentation à hauteur des plus-values latentes enregistrées sur les actifs visés à l'article R. 931-10-40 auxquels ces instruments financiers à terme sont liés.

### **Article R931-10-21-1**

Lorsqu'une institution ou union investit, directement ou indirectement, dans des obligations, des parts ou actions visées au 2° de l'article R. 931-10-21 ainsi que dans des titres de créance négociables visés au 2° bis du même article, émis par un véhicule de titrisation mentionné à l'article L. 310-1-2 du code des assurances, supportant des risques d'assurance transférés par cette même institution ou union ou une institution ou union appartenant au même périmètre de combinaison ou de consolidation tel que défini par l'article L. 931-34, le montant de ces investissements est déduit des actifs admis en représentation des engagements réglementés.

### **Article R931-10-22**

Rapportée à la base de dispersion constituée par la différence entre le montant total des engagements réglementés mentionnés à l'article R. 931-10-12, toutes monnaies confondues, et le montant total des actifs mentionnés aux articles R. 931-10-26 à R. 931-10-31, toutes monnaies confondues, la valeur au bilan d'une institution ou union de chacune des catégories d'actif énumérées ci-après admis en représentation des engagements réglementés ne peut excéder, sauf dérogation accordée cas par cas par l'Autorité de contrôle prudentiel :

1° 65 % pour l'ensemble des valeurs mentionnées du 5° au 10° et 12° quater de l'article R. 931-10-21 et des prêts mentionnés au troisième alinéa du 1° de l'article R. 931-10-34, dont 10 % au maximum pour l'ensemble formé par les actions d'entreprises d'assurance ou de réassurance étrangères mentionnées au 7° de l'article R. 931-10-21 et par les actions et parts mentionnées aux 8° et 9° à 9° quater, et au 12° quater du même article et par les prêts mentionnés ci-dessus ;

2° 40 % pour les actifs immobiliers mentionnés aux 11° à 12° ter et 12° quinquies de l'article R. 931-10-21 ;

3° 10 % pour l'ensemble des valeurs mentionnées du 13° au 15° de l'article R. 931-10-21 à l'exception des prêts mentionnés au 1° ;

4° 5 % pour l'ensemble des valeurs constituées par :

-les obligations, parts ou actions mentionnées au 2° du A de l'article R. 931-10-21 ainsi que les

titres de créances négociables mentionnés au 3° du A du même article, émis par un véhicule de titrisation mentionné à l'article L. 310-1-2 du code des assurances ;

-les obligations, parts ou actions mentionnées au 3° ter du A de l'article R. 931-10-21 ;

5° 0,5 % pour le montant total des primes ou soultes mentionnées au deuxième alinéa du D de l'article R. 931-10-21.

### **Article R931-10-23**

Rapportée au montant défini à l'article R. 931-10-22, la valeur au bilan d'une institution ou union exerçant une activité d'assurance admise en représentation des actifs mentionnés ci-après admis en représentation des engagements réglementés ne peut excéder, sauf dérogation accordée au cas par cas par l'Autorité de contrôle prudentiel instituée à l'article L. 951-1 :

1° 5 % pour l'ensemble des valeurs émises et des prêts obtenus ou garantis par un même organisme, à l'exception des valeurs émises ou garanties, ou des prêts obtenus ou garantis par un Etat membre de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) ainsi que des titres émis par la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'article 1er de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996.

Le ratio de droit commun de 5 % peut atteindre 10 % pour les titres d'un même émetteur, à condition que la valeur des titres de l'ensemble des émetteurs dont les émissions sont admises au-delà du ratio de 5 % n'excède pas 40 % du montant défini à l'article R. 931-10-22.

Pour l'application des présentes dispositions, les institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance détenant des actions des sociétés d'investissement à capital variable et des parts de fonds communs de placement doivent être en mesure de démontrer qu'elles respecteraient le présent article si elles détenaient elles-mêmes directement au prorata de leur participation les valeurs détenues par ces organismes ;

2° 10 % pour un même immeuble ou pour les valeurs mentionnées au 12° à 12° ter et 12° quinquies de l'article R. 931-10-21 ;

3° 1 % pour les valeurs mentionnées du 8° au 10° et 12° quater de l'article R. 931-10-21 et les prêts mentionnés au troisième alinéa du 1° de l'article R. 931-10-34, respectivement émises ou obtenus par une même société ou un même organisme.

Pour l'application des dispositions du 6° de l'article R. 931-10-21, une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance ne peut affecter à la représentation de ses engagements réglementés plus de 50 % des actions émises par une même société.

### **Article R931-10-24**

1. Les provisions techniques des institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance opérant à la fois sur le territoire français et sur le territoire monégasque doivent être représentées dans les conditions prévues par la réglementation française. Toutefois, les actifs admis en représentation desdites provisions peuvent comprendre, à concurrence de 5 p. 100 du montant de celles-ci, des placements mobiliers ou immobiliers monégasques sur autorisation donnée

conjointement, pour chaque institution ou union ou pour chaque cas, par l'Autorité de contrôle prudentiel instituée à l'article L. 951-1 et par le ministre d'Etat de la principauté de Monaco.

2. Pour ce qui concerne les opérations réalisées dans les départements et territoires d'outre-mer et dans la collectivité territoriale de Mayotte, l'Autorité de contrôle prudentiel instituée à l'article L. 951-1 peut, sur proposition du représentant de l'Etat dans les collectivités concernées, consentir des dérogations aux règles de l'article R. 931-10-22. Elle peut de même, à titre exceptionnel, accorder aux institutions ou aux unions des dérogations à la réglementation de contrôle.

## **Article R931-10-25**

Les provisions relatives aux affaires cédées à un organisme d'assurance ou de réassurance ayant son siège social en France ou dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen peuvent être représentées sans condition par une créance sur cet organisme.

Les provisions techniques relatives aux affaires cédées par une institution de prévoyance ou une union à un organisme d'assurance ou de réassurance ayant son siège social dans un Etat non partie à l'Espace économique européen peuvent être représentées par une créance sur cet organisme, à concurrence du montant garanti conformément aux dispositions de l'article R. 931-10-38.

La fraction des provisions techniques relatives aux affaires transférées à un véhicule de titrisation défini à l'article L. 310-1-2 du code des assurances peut être représentée par une créance sur ce véhicule.

Toutefois, si un véhicule de titrisation n'est plus en mesure de respecter à tout moment ses engagements, les créances sur ce véhicule de titrisation ne sont admises en représentation des engagements relatifs aux affaires cédées à ce véhicule que sur autorisation de l'Autorité de contrôle prudentiel et dans les limites fixées par celle-ci.

## **Article R931-10-26**

Sont admises en représentation des provisions techniques correspondant aux branches mentionnées aux 20 à 22, 24 et 25 de l'article R. 931-2-2 :

- les avances sur bulletins d'adhésion à un règlement ou sur contrats ;

- les cotisations relatives à ces branches restant à recouvrer de trois mois de date au plus, dans la limite d'un plafond défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ce plafond est fixé en fonction de l'incidence, aux termes de la réglementation, du non-recouvrement éventuel de ces cotisations sur le montant des engagements réglementés.

## **Article R931-10-27**

Les provisions mathématiques des bulletins d'adhésion à un règlement ou des contrats d'assurance sur la vie ou de capitalisation à capital variable, dans lesquels la somme assurée est déterminée par rapport à une valeur de référence, doivent être représentées à l'actif du bilan par des placements entrant dans la composition de cette valeur de référence et dans les proportions fixées par ladite composition.

Ces placements ne sont pas soumis aux limitations prévues aux articles R. 931-10-22 et R. 931-10-23.

Par dérogation aux dispositions des articles R. 931-10-40 et R. 931-10-41, ils font l'objet d'une estimation séparée et ils sont inscrits au bilan pour leur valeur au jour de l'inventaire.

### **Article R931-10-28**

La provision pour cotisations non acquises constituée au titre d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat par une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance pratiquant les opérations mentionnées au b et au c du second alinéa de l'article L. 931-1 peut être représentée, jusqu'à concurrence de 25 p. 100 de son montant, par les frais d'acquisition reportés au titre de ce bulletin ou contrat, nets des commissions des réassureurs reportées au titre de ce même bulletin ou contrat.

La provision pour cotisations non acquises constituée par ces mêmes institutions ou unions peut être représentée, jusqu'à 25 p. 100 de son montant, par des cotisations relatives aux mêmes opérations émises et non encore encaissées ou des cotisations restant à émettre, nettes d'impôt, de taxes et de trois mois de date au plus.

### **Article R931-10-29**

Les provisions techniques afférentes aux acceptations en réassurance peuvent être représentées à l'actif par les créances nettes détenues sur les cédants au titre desdites acceptations.

### **Article R931-10-30**

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance peuvent représenter les engagements afférents aux opérations réalisées par leurs succursales situées hors du territoire des Etats membres de la Communauté européenne ou des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen par les éléments d'actif admis par les législations des pays où elles opèrent et localisés sur le territoire de ces pays.

Il en est de même lorsque les engagements réglementés des institutions de prévoyance ou de leurs unions résultent d'opérations en libre prestation de services dans un Etat partie à l'Accord sur l'Espace économique européen non membre de la Communauté européenne et que le pays de



situation du risque ou de l'engagement subordonne l'exercice de ces opérations à agrément.

Les cautionnements ou garanties qui pourraient être exigés par lesdits pays ou par les entreprises d'assurance cédantes desdits pays peuvent être représentés dans les mêmes conditions.

### **Article R931-10-31**

Les dépôts de garantie mentionnés au 3° de l'article R. 931-10-12 peuvent être représentés à l'actif par des créances de l'institutions de prévoyance ou de l'union d'institution de prévoyance sur les déposants.

### **Article R931-10-32**

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance ne peuvent acquérir d'immeubles grevés de droits réels représentant plus de 65 p. 100 de leur valeur, ni consentir de droits réels sur leurs immeubles, sauf autorisation accordée à titre exceptionnel par l'Autorité de contrôle prudentiel.

### **Article R931-10-33**

Les prêts hypothécaires mentionnés au 14° de l'article R. 931-10-21 doivent être garantis par une hypothèque de premier rang prise sur un immeuble situé sur le territoire de l'un des Etats membres de l'O.C.D.E. ou sur un navire. L'ensemble des privilèges et hypothèques en premier rang ne doit pas excéder 65 p. 100 de la valeur vénale de l'immeuble ou du navire constituant la garantie du prêt estimée au jour de la conclusion du contrat.

### **Article R931-10-34**

1° Les prêts mentionnés au 15° de l'article R. 931-10-21 doivent avoir une durée totale d'au moins deux ans et satisfaire aux conditions suivantes :

Ils doivent être garantis par une caution donnée par un établissement de crédit ou une entreprise d'assurance n'appartenant pas au même groupe que le prêteur ou l'emprunteur et agréés par l'un des Etats membres de la Communauté européenne ou par l'un des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen ou un nantissement de valeurs répondant aux conditions fixées par l'article R. 931-10-39, dans la limite de 75 % du montant nominal desdites valeurs. Sont considérés comme appartenant au même groupe, au sens du présent article, les organismes entrant dans le même périmètre de consolidation ou d'établissement des comptes combinés mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 931-34.

Toutefois, les prêts peuvent ne pas être assortis de garantie lorsque l'emprunteur est soit une société dont l'un des Etats membres de l'OCDE ou un de ses établissements publics détient plus de la moitié du capital, soit une société dont les actions sont négociées sur un marché reconnu tel que défini au dernier alinéa du A de l'article R. 931-10-21 ;

2° Les créances représentatives de prêts de titres sont admises en représentation des engagements réglementés si elles ont fait l'objet d'un cautionnement en espèces ou d'une caution donnée par un établissement de crédit ou une entreprise d'assurance agréés par l'un des Etats membres de la Communauté européenne ou Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen ou d'un nantissement de valeurs répondant aux conditions fixées par l'article R. 931-10-38.

## **Article R931-10-35**

En application des dispositions des 4° et 10° de l'article R. 931-10-21, sont admissibles en représentation des engagements réglementés les parts ou actions d'organismes de placement collectif en valeurs mobilières relevant de la sous-section 1 et de l'article L. 214-27 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier (partie réglementaire) ; sont également admissibles les parts ou actions des organismes de placement collectif en valeurs mobilières régis par les réglementations des Etats membres de l'Union européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, pour autant que ces règles soient conformes à la directive n° 2009/65/CE du Parlement européen et du Conseil du 13 juillet 2009 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant certains organismes de placement collectif en valeurs mobilière .

### **Article R931-10-35-1**

Les bons à moyen terme négociables mentionnés au 3 bis de l'article R. 931-10-21 doivent répondre aux conditions suivantes :

- a) Provenir d'une émission au moins égale à 30 millions d'euros ;
- b) Etre valorisés par au moins deux organismes distincts et non liés financièrement, ni entre eux ni avec l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance détentrice des bons ;
- c) Faire sur cette base l'objet d'un cours publié au moins une fois tous les quinze jours et tenu à la disposition du public en permanence ;
- d) Comporter une clause de liquidité émanant de l'émetteur ou d'un garant et qui doit garantir que les actifs pourraient être rachetés à un cours cohérent avec le cours publié, c'est-à-dire prenant en compte la variation de taux d'intérêt entre les dates de publication du cours et de transaction.

### **Article R931-10-35-2**

I. # L'actif d'un organisme mentionné au 3° ter du A de l'article R. 931-10-21 doit être composé, à l'exclusion de tout autre élément :

1° De titres émis ou garantis par un Etat membre de l'OCDE ou un établissement public d'un tel Etat ;

2° D'actions de sociétés d'investissement à capital variable ou de parts de fonds communs de placement dont le portefeuille est exclusivement composé de titres mentionnés au 1° ;

3° De créances dont le principal et les intérêts sont intégralement couverts par un acte d'acceptation dans les conditions prévues à l'article L. 313-29-1 du code monétaire et financier, ou par un engagement irrévocable ayant des effets équivalents, signé par un Etat membre de l'OCDE ou un établissement public d'un tel Etat ;

4° De sommes momentanément disponibles et en instance d'affectation ou des valeurs conservées à titre de réserve ou de garantie.

II. # L'organisme peut conclure des contrats financiers ayant pour objet unique la gestion de l'écart de périodicité entre les flux engendrés, d'une part, par les titres et créances détenus et, d'autre part, par les obligations, parts ou actions émises, le cas échéant, pour chaque compartiment concerné.

L'organisme ne peut, en dehors des obligations qu'il a émises, recourir à l'emprunt, ni effectuer d'opérations de cession temporaire d'instruments financiers.

### **Article R931-10-36**

En application des dispositions du 12° de l'article R. 931-10-21, les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance sont autorisées à détenir les parts ou actions de sociétés à objet strictement immobilier, à l'exclusion de sociétés ayant une activité de marchand de biens et de sociétés en nom collectif. Le patrimoine de ces sociétés ne peut être composé que d'immeubles bâtis ou de terrains situés sur le territoire de l'un des Etats membres de l'O.C.D.E., de parts ou actions des sociétés répondant à ces mêmes conditions.

Les institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance sont également autorisées à détenir les parts des sociétés civiles à objet strictement foncier dont l'activité est limitée à la gestion directe de biens fonciers situés sur le territoire de l'un des Etats membres de l'O.C.D.E. ou les parts des groupements ayant pour seule activité la gestion de biens fonciers répondant à ces mêmes conditions. Les biens constitutifs du patrimoine doivent faire l'objet d'une exploitation. Les massifs forestiers doivent être assurés contre l'incendie.

### **Article R931-10-37**

Les valeurs mobilières et titres assimilés, les parts ou actions des sociétés immobilières ou foncières doivent faire l'objet soit d'une inscription en compte, ou d'un dépôt, auprès d'un intermédiaire habilité, soit d'une inscription nominative dans les comptes de l'organisme émetteur, à condition que celui-ci soit situé en France.

Les actes de propriété des actifs immobiliers, les actes et les titres consacrant les prêts ou créances doivent être conservés sur le territoire de la République française.

Les comptes de dépôt visés au 16° de l'article R. 931-10-21 doivent être ouverts auprès d'un

établissement de crédit agréé dans un Etat membre de la Communauté européenne ou dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Leur terme ne doit pas dépasser un an ou leur préavis de retrait trois mois. Les comptes doivent être libellés au nom de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance et ne peuvent être débités qu'avec l'accord d'un dirigeant de l'institution ou de l'union ou encore d'une personne désignée par celui-ci à cet effet.

### **Article R931-10-38**

La garantie des créances sur les réassureurs mentionnée à l'article R. 931-10-25 est constituée par le nantissement des valeurs visées aux 1°, 2°, 3°, 3° bis, 3° ter, 4°, 5°, 10° et 12° de l'article R. 931-10-21. Ces valeurs sont déposées sur un compte nanti au sens de l'article L. 211-20 du code monétaire et financier.

Les valeurs reçues en nantissement sont évaluées conformément aux dispositions de l'article R. 931-10-42. Pour l'estimation des valeurs mentionnées au 1° de l'article R. 931-10-21, la fraction courue du coupon est prise en compte.

A la demande d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance, l'Autorité de contrôle prudentiel instituée à l'article L. 951-1 peut, par dérogation aux dispositions du premier alinéa du présent article, l'autoriser, pour une durée déterminée, à constituer la garantie mentionnée à l'article R. 931-10-25 dans des limites fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, par une caution ou un engagement équivalent pris par un établissement de crédit, dès lors que la nature et la forme de l'engagement ainsi que la qualité du garant répondent aux conditions fixées par le même arrêté.

### **Article R931-10-39**

En ce qui concerne les acceptations en réassurance, les institutions de prévoyance et leurs unions enregistrent immédiatement en comptabilité tous les éléments reçus de leurs cédantes. En l'absence d'informations suffisantes, elles estiment les comptes non reçus des cédantes à la clôture de l'exercice avec pour contrepartie des comptes de régularisation qui seront soldés à l'ouverture de l'exercice suivant ou à réception des comptes des cédantes, ou elles compensent provisoirement les soldes de tous les comptes incomplets d'un même exercice par une écriture d'attente qui sera contrepassée à l'ouverture de l'exercice suivant.

En tout état de cause et quel que soit le mode de comptabilisation retenu, lorsque le réassureur connaît l'existence d'une perte, celle-ci doit être provisionnée pour son montant prévisible.

### **Article R931-10-40**

I.-Les valeurs amortissables énumérées aux 1°, 2°, 3°, 3° bis et 3° ter de l'article R. 931-10-21, autres que les obligations indexées, les parts de fonds communs de créances et les titres participatifs, sont inscrits à leur prix d'achat à la date d'acquisition.

Lorsqu'un instrument financier à terme est utilisé dans les conditions définies à l'article R. 931-10-49 et qu'il est lié à l'achat d'un titre ou d'un groupe de titres de même nature, la valeur de réalisation de l'instrument est prise en compte dans le prix d'achat de ce titre ou de ce groupe de titres.

Lorsque le prix d'achat de ces titres est supérieur à leur prix de remboursement, la différence est amortie sur la durée de vie résiduelle des titres.

Lorsque le prix d'achat de ces titres est inférieur à leur prix de remboursement, la différence est portée en produit sur la durée de vie résiduelle des titres. L'institution ou l'union peut décider de ne pas appliquer les dispositions du présent alinéa aux titres acquis avant le 1er janvier 1999. Le choix ainsi effectué par l'institution ou l'union s'applique à l'ensemble des titres acquis avant cette date.

Le prix d'achat et le prix de remboursement s'entendent hors intérêt couru.

Lors de l'arrêté comptable, les moins-values latentes ressortant de la différence entre la valeur comptable, diminuée des amortissements et majorée des produits mentionnés aux deuxième et troisième alinéas du I ci-dessus, et la valeur de réalisation des titres correspondants évaluée conformément à l'article R. 931-10-42, ne font pas l'objet d'une provision.

Néanmoins, lorsqu'il y a lieu de considérer que le débiteur ne sera pas en mesure de respecter ses engagements soit pour le paiement des intérêts, soit pour le remboursement du principal, une dépréciation doit être constatée à l'inventaire.

II.-Le I du présent article s'applique également aux obligations indexées sur le niveau général des prix d'un pays ou d'un ensemble de pays dont la devise est celle dans laquelle sont libellées ces obligations, avec garantie de remboursement au pair. Ces obligations sont soit émises par une personne morale de droit privé ayant son siège social sur le territoire d'un Etat membre de l'OCDE et négociées sur un marché reconnu, soit émises ou garanties par un Etat, un organisme ou une collectivité publics mentionnés au 1° du A de l'article R. 931-10-21, soit celles dont le débiteur est un établissement public national de l'un des Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen.

Pour le calcul de la différence à amortir entre le prix d'achat d'une obligation indexée sur le niveau général des prix et son prix de remboursement, celui-ci est le prix de remboursement initial du titre multiplié par le rapport entre l'indice des prix de référence à la date d'acquisition et ce même indice à la date d'émission.

A chaque arrêté comptable, le gain ou la perte lié à l'indexation depuis le dernier arrêté comptable ou, si elle est plus récente, depuis l'achat, est enregistré en produits ou en charges.

Sans préjudice des dispositions du I, les obligations indexées sur le niveau général des prix donnent lieu à la constatation d'une dépréciation si une situation de déflation durable est envisagée. Pour la détermination du montant de cette provision, la valeur de réalisation de ces obligations, qui ne peut être inférieure à leur nominal, est la valeur la plus faible entre, d'une part, leur valeur de marché et, d'autre part, leur valeur calculée sur la base des prévisions d'évolution de l'indice des prix de

référence publiées par un organisme figurant sur la liste fixée par arrêté du ministre chargé de l'économie, des finances et de l'industrie en application de l'article R. 332-19 du code des assurances.

## **Article R931-10-41**

A l'exception des valeurs inscrites comme il est dit à l'article R. 931-10-40, les placements sont inscrits au bilan sur la base du prix d'achat ou de revient, dans les conditions ci-après :

a) Les valeurs mobilières et les parts de fonds communs de placement sont retenues pour leur prix d'achat. Lorsqu'un instrument financier à terme est utilisé dans les conditions définies à l'article R. 931-10-49 et qu'il est lié à l'achat d'un titre ou d'un groupe de titres de même nature, la valeur de réalisation de l'instrument est prise en compte dans le prix d'achat de ce titre ou de ce groupe de titres. Le prix d'achat s'entend hors intérêt couru ;

b) Les immeubles et les parts ou actions des sociétés immobilières ou foncières non inscrites à la cote d'une bourse de valeurs d'un Etat membre de l'O.C.D.E. sont retenus pour leur prix d'achat ou de revient ou, dans les conditions fixées dans chaque cas par l'Autorité de contrôle prudentiel instituée à l'article L. 951-1, pour une valeur déterminée après expertise effectuée conformément à l'article R. 931-10-44 ; les valeurs sont diminuées des amortissements pratiqués ; le prix de revient des immeubles est celui qui ressort des travaux de construction et d'amélioration, à l'exclusion des travaux d'entretien proprement dits ;

c) Les prêts sont évalués d'après les actes qui en font foi ;

d) Les nues-propriétés et les usufruits sont évalués suivant les règles déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Dans tous les cas, sont déduits, s'il y a lieu, les remboursements effectués et les dépréciations, lesquelles doivent être constatées lorsqu'il y a lieu de considérer qu'elles ont un caractère durable. Toutefois, les institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance qui, au bilan du dernier exercice clos avant le 1er janvier 1999, constataient les dépréciations, même lorsque celles-ci n'avaient pas un caractère durable, peuvent continuer à faire application de cette méthode jusqu'au dernier exercice clos avant le 1er janvier 2005 ; elles peuvent y renoncer à tout moment en le notifiant préalablement à l'Autorité de contrôle prudentiel instituée à l'article L. 951-1, cette renonciation étant alors définitive.

## **Article R931-10-42**

Les valeurs énumérées à l'article R. 931-10-21 et les autres placements financiers et immobiliers font l'objet, aux fins notamment d'effectuer le calcul prévu au premier alinéa du I de l'article R. 931-11-9, d'une évaluation sur la base de leur valeur de réalisation, dans les conditions ci-après :

a) Les valeurs mobilières cotées et les titres cotés de toute nature sont retenus pour le dernier cours

coté au jour de l'inventaire ;

b) Les titres non cotés sont retenus pour leur valeur vénale correspondant au prix qui en serait obtenu dans des conditions normales de marché et en fonction de leur utilité pour l'institution ou l'union ;

c) Les actions de sociétés d'investissement à capital variable et les parts de fonds communs de placement sont retenues pour le dernier prix de rachat publié au jour de l'inventaire ;

d) La valeur de réalisation des immeubles et des parts ou actions des sociétés immobilières ou foncières non inscrites à la cote d'une bourse de valeurs d'un Etat membre de l'O.C.D.E. est déterminée sur la base d'une expertise quinquennale effectuée par un expert accepté par l'Autorité de contrôle prudentiel instituée à l'article L. 951-1. Entre deux expertises, la valeur fait l'objet d'une estimation annuelle, certifiée par un expert accepté par cette Autorité ;

e) Les autres placements sont retenus pour leur valeur comptable déterminée comme il est prévu aux articles R. 931-10-40 et R. 931-10-41, sauf dans le cas où une autre valeur résulte soit d'une expertise effectuée dans les conditions prévues à l'article R. 931-10-44, soit d'un accord entre l'Autorité de contrôle prudentiel et l'institution ou l'union.

Pour les titres inscrits en comptabilité hors coupon couru en application des articles R. 931-10-40 et R. 931-10-41, il y a lieu de déduire de l'évaluation prévue au présent article les intérêts courus depuis la dernière échéance jusqu'à la date de l'inventaire.

### **Article R931-10-42-1**

La valeur de réalisation des instruments financiers à terme mentionnés aux articles R. 931-10-48 à R. 931-10-51 est :

a) Pour les instruments financiers à terme échangés sur des marchés reconnus au sens du dernier alinéa du A de l'article R. 931-10-21, la valeur de la dernière cotation ;

b) Pour les instruments échangés de gré à gré, le coût de remplacement, évalué par au moins deux organismes n'appartenant pas à un même groupe au sens de l'article R. 931-10-34. Un des organismes peut être l'institution de prévoyance ou union elle-même, sauf opposition de l'Autorité de contrôle prudentiel. Les organismes habilités à cette évaluation sont les établissements de crédit, les entreprises d'investissement ou, sur accord de l'Autorité de contrôle, des organismes spécialisés.

### **Article R931-10-43**

I.-Les cessions de titres en portefeuille sont réputées porter par priorité sur les titres de même nature acquis ou souscrits à la date la plus ancienne. Lorsque des titres de même nature ont été acquis de manière successive en fonction d'un même ordre d'achat ou au cours d'un même exercice, la détermination du prix unitaire d'achat de chacun de ces titres peut s'effectuer au prix d'achat unitaire

pondéré.

Toutefois, les institutions de prévoyance et leurs unions qui, avant le 1er janvier 1999, déterminaient les plus-values ou les moins-values de cession en fonction de la valeur d'origine unitaire moyenne pondérée des titres de même nature figurant dans leur patrimoine doivent continuer de faire application de cette méthode en cas de cession de titres figurant dans leur portefeuille au 31 décembre 1998. Dans ce cas, le prix de revient unitaire des titres de même nature détenus à cette date est égal au prix unitaire moyen pondéré de l'ensemble de ces titres calculé à cette même date.

II.-Lorsque des placements détenus par l'institution ou l'union et évalués conformément à l'article R. 931-10-40 ou à l'article R. 931-10-41 changent de destination et sont affectés en représentation d'engagements à capital variable tels que définis au premier alinéa de l'article R. 931-10-27, ils sont inscrits au bilan à la valeur estimée conformément aux dispositions du troisième alinéa du même article ; la différence entre cette valeur et la valeur comptable antérieure est constatée en compte de résultat.

De même, la variation de valeur, d'un exercice à l'autre, des placements affectés en représentation d'engagements à capital variable, telle qu'elle résulte de l'application des règles d'évaluation prévues par l'article R. 931-10-27, est constatée en compte de résultat.

III.-Les actifs visés aux articles R. 931-10-40 et R. 931-10-41 inscrits dans une devise autre que l'euro en application des dispositions de l'article R. 931-11-7 sont évalués dans cette même devise pour l'application de l'article R. 931-10-42.

IV.-abrogé.

## **Article R931-10-44**

L'Autorité de contrôle prudentiel instituée à l'article L. 951-1 peut requérir la fixation par une expertise de la valeur de tout ou partie de l'actif d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance et notamment des immeubles et des parts et actions de sociétés immobilières leur appartenant ou sur lesquels elles ont consenti un prêt ou une ouverture de crédit hypothécaire, ainsi que des instruments financiers à terme utilisés par les institutions ou unions.

Cette expertise peut être également demandée à l'Autorité par les institutions ou unions.

La valeur résultant de l'expertise doit figurer dans l'évaluation de la valeur de réalisation des placements prévue à l'article R. 931-10-42 et R. 931-10-42-1. Elle peut également être inscrite à l'actif du bilan dans les limites et les conditions fixées dans chaque cas par l'Autorité de contrôle prudentiel. Elle constitue alors le nouveau prix d'achat mentionné à l'article R. 931-10-41, la différence entre cette valeur et la valeur comptable antérieure étant constatée en compte de résultat.

Les frais de l'expertise sont à la charge de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance.

## **Article R931-10-45**



Les modalités de l'expertise prévue à l'article R. 931-10-44, et notamment le mode de désignation du ou des experts, sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R931-10-46**

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance agréées pour les branches mentionnées aux 1, 2 et 16 a de l'article R. 931-2-1 inscrivent à l'actif du bilan la fraction non imputable à l'exercice des frais d'acquisition des bulletins d'adhésion à des règlements ou des contrats constatés en charge de l'exercice. La période d'imputation des frais d'acquisition ne peut s'étendre au-delà de la date à laquelle l'adhérent ou le participant peut exercer son droit de résiliation ou de non-reconduction ni, lorsque les frais à reporter sont des commissions payables à chaque échéance de cotisation, au-delà de la prochaine échéance de cotisation.

Le montant reporté est calculé bulletin d'adhésion à un règlement par bulletin d'adhésion, contrat par contrat ou sur la base de méthodes statistiques, dans les mêmes conditions et selon les mêmes méthodes que la provision pour cotisations non acquises ; il ne peut faire l'objet d'une augmentation ultérieure ; il est amorti linéairement sur la durée restant à courir entre la date de l'inventaire et la fin de la période d'imputation des frais et, au maximum, sur cinq exercices ; il est amorti en totalité en cas de résiliation anticipée, d'annulation ou de transfert de bulletin d'adhésion à un règlement ou de contrat.

La fraction non imputable à l'exercice des commissions des réassureurs est également inscrite au bilan ; le montant reporté est calculé et repris en compte de résultat selon les mêmes méthodes que celles retenues pour les frais d'acquisition des opérations brutes correspondantes.

### **Article R931-10-47**

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance agréées pour les branches mentionnées aux 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 931-2-1 inscrivent à l'actif du bilan les frais d'acquisition à reporter en fonction de la durée résiduelle des bulletins d'adhésion à des règlements ou des contrats. La méthode retenue est celle décrite dans l'annexe visée à l'article R. 931-11-6. Le montant des frais d'acquisition ainsi reportés est au plus égal à l'écart entre les montants de provisions mathématiques inscrites au bilan et le montant des provisions mathématiques qui seraient à inscrire si les frais d'acquisition n'étaient pas pris en compte dans les engagements des participants, bénéficiaires et ayants droit. Le montant de cet écart ainsi que le calcul des frais d'acquisition reportés doivent pouvoir être justifiés à tout moment auprès de l'Autorité de contrôle prudentiel instituée à l'article L. 951-1. Les frais d'acquisition reportés sont admis en représentation des provisions techniques.

## **Paragraphe 2 : Dispositions applicables aux institutions et unions de réassurance.**

## **Article R931-10-47-1**

Les institutions et unions de réassurance doivent procéder avec une régularité suffisante à une évaluation de leurs risques financiers en effectuant notamment des simulations de l'impact de la variation des taux d'intérêt et des cours boursiers sur leur actif et leur passif et des estimations comparées de l'exigibilité de leur passif et de la liquidité de leur actif.

## **Article R931-10-47-2**

Les institutions et unions mentionnées à l'article L. 931-4-1 représentent leurs engagements réglementés par des actifs qui tiennent compte de la nature, du montant et de la durée de ces engagements, de manière à garantir la liquidité, la sécurité, le rendement, la congruence et le caractère suffisant des placements qu'elles réalisent.

Elles veillent en particulier à ce que les actifs soient diversifiés et correctement répartis et permettent à l'institution ou l'union de réagir convenablement à des fluctuations de la situation économique, et en particulier à l'évolution des marchés financiers et immobiliers ou à des catastrophes majeures. L'organisme évalue l'incidence de conditions de marché irrégulières sur ses actifs et diversifie ses actifs de façon à réduire cette incidence.

Elles veillent également à ce que les placements en actifs non négociés sur un marché financier réglementé soient, en toutes circonstances, maintenus à des niveaux prudents.

Elles peuvent investir dans des instruments financiers à terme dans la mesure où ces derniers contribuent à réduire les risques d'investissement ou à permettre une gestion efficace du portefeuille. Ils sont évalués de manière prudente, en tenant compte des actifs sous-jacents, et sont inclus dans l'évaluation des actifs de l'institution. L'institution ou l'union doit également éviter une exposition excessive aux risques liés à une contrepartie unique et à d'autres opérations dérivées.

## **Article R931-10-47-3**

I.-Lorsqu'elle estime que la politique d'investissement d'une institution ou union de réassurance ne répond plus aux conditions mentionnées à l'article R. 931-10-47-2, ou si la maîtrise par l'entreprise de ses risques financiers est insuffisante, l'Autorité de contrôle prudentiel peut exiger que l'entreprise représente ses engagements réglementés afférents aux opérations réalisées dans les Etats membres de l'OCDE par des actifs dans les conditions suivantes :

1° Rapportée au montant total des engagements mentionnés à l'article R. 931-10-18-2, toutes monnaies confondues, la valeur des actifs libellés dans des devises autres que celles dans lesquelles sont établis les engagements réglementés est limitée à 30 % ;

2° Rapportée à ce même montant, la somme des valeurs des actifs visés aux 8° à 9° quater de l'article R. 931-10-21 et des prêts mentionnés au troisième alinéa du 1° de l'article R. 931-10-34, avec celle des actifs non listés aux articles R. 931-10-21 et R. 931-10-34 est limitée à 30 % ;

3° Rapportée à ce même montant, la valeur au bilan des actifs émis, prêtés ou garantis par un même organisme ou un même groupe ne peut excéder respectivement 5 % et 10 %, sauf dérogation accordée au cas par cas par l'Autorité de contrôle prudentiel.

Toutefois, le ratio de 5 % susmentionné peut atteindre 10 %, à condition que la valeur totale des titres émis et des prêts obtenus ou garantis par les organismes ou groupes dont les émissions, prêts ou garanties de prêt sont admis au-delà de 5 % n'excède pas 40 % de la base de dispersion définie au présent article.

II.-Lorsque l'institution ou l'union de réassurance doit représenter ses engagements réglementés dans les conditions prévues au I du présent article, les provisions techniques relatives aux affaires cédées à un organisme d'assurance ou de réassurance peuvent également être représentées sans condition par une créance sur cet organisme.

## **Sous-section 10 : Instruments financiers à terme.**

### **Article R931-10-48**

Une institution de prévoyance ou union peut utiliser un instrument financier à terme au sens de l'article L. 211-1 du code monétaire et financier, lié à un placement ou à un groupe de placements détenu ou à détenir si sont remplies durant toute l'opération les conditions suivantes :

- a) Le placement ou le groupe de placements est détenu ou a été acquis à terme avec une échéance antérieure à la date d'échéance ou d'exercice de cet instrument ;
- b) Le placement ou le groupe de placements est identique ou assimilable au sous-jacent de cet instrument, et de montant au moins égal au montant notionnel de cet instrument ;
- c) Pour les contrats d'échange, le sous-jacent visé au b est celui que l'entreprise s'engage à échanger ;
- d) L'instrument financier à terme permet, en adéquation avec les engagements de l'entreprise, une gestion efficace et prudente du placement ou du groupe de placements détenus, visant à titre principal au maintien de sa valeur ou de son rendement.

### **Article R931-10-49**

Une institution de prévoyance ou union peut utiliser un instrument financier à terme en anticipation de placement si sont remplies durant toute l'opération les conditions suivantes :

- a) L'institution ou l'union détient ou recevra avant la date d'échéance ou d'exercice de cet instrument un montant de liquidités au moins égal au montant notionnel de l'instrument. Lorsque l'instrument financier à terme n'emporte pour l'entreprise aucune obligation financière exigible à la date d'exercice ou ultérieurement, les liquidités peuvent être à recevoir de façon probable ;

b) L'opération a pour objet de diminuer l'aléa des conditions de placement futur, en adéquation avec les engagements de l'institution ou union.

Sont assimilées à des liquidités détenues les actions des sociétés d'investissement à capital variable et parts de fonds communs de placement mentionnés aux 4° et 10° de l'article R. 931-10-21 et classés dans la catégorie des OPCVM monétaires, définie par l'Autorité des marchés financiers.

Lorsque les liquidités sont à recevoir à une échéance supérieure à un an, les créances découlant de l'opération à terme doivent être intégralement garanties dans les conditions prévues à l'article R. 931-10-59.

### **Article R931-10-50**

Une institution de prévoyance ou union peut utiliser un instrument financier à terme de taux ou de devise lié à une dette financière si sont remplies durant toute l'opération les conditions suivantes :

- a) L'emprunt contracté ou la dette émise est identique ou assimilable au sous-jacent de cet instrument ;
- b) Pour les contrats d'échange, le sous-jacent visé au a est celui que l'institution de prévoyance ou union s'engage à échanger ;
- c) L'emprunt contracté ou la dette émise par l'institution de prévoyance ou union est de montant au moins égal au montant notionnel de cet instrument ;
- d) L'instrument financier à terme permet une gestion efficace et prudente de cette dette en adéquation avec les placements de l'institution ou union.

### **Article R931-10-51**

Sauf dérogation expresse de l'Autorité de contrôle prudentiel prudentiel, une institution de prévoyance ou union ne peut utiliser d'instrument financier à terme que dans les cas prévus aux articles R. 931-10-48, R. 931-10-49 et R. 931-10-50. Toute opération financière à terme ne respectant plus les conditions fixées à ces articles doit être dénouée dans un délai de trois mois, et fait l'objet d'une analyse détaillée dans le rapport prévu à l'article L. 322-2-4 du code des assurances.

### **Article R931-10-52**

Une institution de prévoyance ou union ne peut procéder à des ventes d'option que dans les cas suivants :

a) Vendre une option précédemment acquise dans le cadre défini aux articles R. 931-10-48 à R. 931-10-51 ;

b) Vendre une option lorsque l'institution ou l'union achète simultanément une option similaire, à la seule différence du prix d'exercice ;

c) Vendre une option d'achat à la condition que le sous-jacent soit un placement déjà détenu, à l'exclusion de tout placement à détenir comme de toute anticipation de placement.

### **Article R931-10-53**

Les modalités d'enregistrement et de comptabilisation des opérations mentionnées aux articles R. 931-10-48 à R. 931-10-51 sont fixées par règlement de l'Autorité des normes comptables.

### **Article R931-10-54**

Sauf dérogation accordée au cas par cas par l'Autorité de contrôle prudentiel prudentiel, notamment au regard d'une modification globale des conditions de marché, la somme des valeurs de réalisation positives de l'ensemble des instruments financiers à terme conclus de gré à gré avec l'ensemble des contreparties ne peut excéder 10 % de la base de dispersion définie au premier alinéa de l'article R. 931-10-22.

Les valeurs de réalisation positives peuvent être compensées avec des valeurs de réalisation négatives vis-à-vis d'une même contrepartie s'il existe entre les parties à l'opération une convention-cadre mentionnée à l'article R. 931-10-59.

### **Article R931-10-55**

Sauf dérogation accordée au cas par cas par l'Autorité de contrôle prudentiel prudentiel, le montant des liquidités à recevoir qui proviennent d'actifs mentionnés aux 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> bis du A de l'article R. 931-10-21 et qui font l'objet d'opérations d'anticipation de placement dans des titres de même nature ne peut excéder 20 % de la base de dispersion définie au premier alinéa de l'article R. 931-10-22.

Dans les cas autres que prévus au premier alinéa, le montant des liquidités à recevoir faisant l'objet d'opérations d'anticipation de placement ne peut excéder 5 % de la base de dispersion.

Lorsque l'instrument financier à terme n'emporte pour l'institution de prévoyance ou union aucune obligation financière exigible à la date d'exercice ou ultérieurement, les limitations du présent article ne s'appliquent pas.

### **Article R931-10-56**

Une institution ou union ne peut souscrire d'instruments financiers à terme que :

1. Sur les marchés reconnus au sens du dernier alinéa du A de l'article R. 931-10-21 ;

2. De gré à gré, auprès :

a) Des établissements de crédit et entreprises d'investissement ayant leur siège social sur le territoire de l'un des Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen ;

b) Des organismes mentionnés à l'article L. 518-1 du code monétaire et financier ;

c) Des établissements de crédit ou entreprises d'investissement de pays tiers assujettis à des règles prudentielles considérées comme équivalentes par l'Autorité de contrôle prudentiel ;

d) D'entreprises d'assurance, de réassurance ou d'autres organismes, sur accord de l'Autorité de contrôle prudentiel.

### **Article R931-10-57**

La somme des valeurs de réalisation positives de l'ensemble des contrats conclus avec une même société ou plusieurs sociétés appartenant au même groupe au sens de l'article R. 931-10-34 est prise en compte dans le plafond mentionné au 1° de l'article R. 931-10-23.

Les valeurs de réalisation positives peuvent être compensées avec des valeurs de réalisation négatives des instruments financiers à terme conclus avec un même organisme, s'il existe entre les parties à l'opération une convention-cadre conforme à l'article R. 931-10-59.

### **Article R931-10-58**

La somme des valeurs de réalisation positives des contrats financiers à terme conclus de gré à gré avec une même société ou plusieurs sociétés appartenant au même groupe au sens de l'article R. 931-10-34 ne peut excéder 0,5 % de la base de dispersion définie au premier alinéa de l'article R. 931-10-22.

Les valeurs de réalisation positives peuvent être compensées avec des valeurs de réalisation négatives des instruments financiers à terme conclus avec un même organisme s'il existe entre les parties à l'opération une convention-cadre mentionnée à l'article R. 931-10-59.

### **Article R931-10-59**

Les montants prévus aux articles R. 931-10-57 et R. 931-10-58 sont calculés net de la valeur des garanties reçues en application d'une convention-cadre admissible.

Est admissible une convention-cadre qui remplit l'ensemble des conditions suivantes :

- a) Elle respecte les principes généraux d'une convention-cadre de place nationale ou internationale ;
- b) Elle prévoit de façon explicite la compensation entre valeurs de réalisation positives et négatives ;
- c) Elle prévoit que la garantie prend la forme de remises en pleine propriété, opposables aux tiers sans formalité, d'espèces, de valeurs mentionnées au 1° du A de l'article R. 931-10-21, ou de parts ou d'actions d'organismes de placement collectif en valeurs mobilières mentionnés au 4° de cet article dont le portefeuille est exclusivement composé des valeurs mentionnées au 1° de cet article ;
- d) Elle prévoit que les lois ou règlements régissant la contrepartie, notamment en cas d'insolvabilité, ne font pas obstacle à la mise en oeuvre des modalités de résiliation, d'évaluation et de compensation, en application notamment des articles L. 211-36 et L. 211-36-1 du code monétaire et financier.

La liste des conventions-cadres qui remplissent ces conditions est déterminée par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R931-10-60**

L'Autorité de contrôle prudentiel prudentiel peut, pour apprécier les limites fixées à la présente section, prendre en compte les instruments financiers utilisés par les organismes :

- a) Dans lesquels, d'une part, l'entreprise a investi un montant supérieur à 0,5 % de la base de dispersion définie au premier alinéa de l'article R. 931-10-22 et dans lesquels, d'autre part, le groupe auquel appartient l'institution ou l'union dispose de plus de 50 % du capital ou des parts ;
- b) Ou bien dans lesquels l'institution ou union a investi un montant supérieur à 5 % de la base de dispersion.

Les dispositions du présent article s'appliquent notamment aux organismes mentionnés aux 4° et 10° de l'article R. 931-10-21. Elles ne s'appliquent pas aux actifs mis en représentation de contrats d'assurance vie ou de capitalisation, en unités de compte, dont l'institution ou l'union n'assume pas le risque de placement.

### **Article R931-10-61**

L'institution de prévoyance ou l'union utilisant des instruments financiers à terme effectue, au moins une fois par mois, des projections concernant la composition de son portefeuille de placements afin de prendre en compte l'impact sur celle-ci de ses opérations sur instruments financiers à terme.

Ces projections sont établies pour les échéances d'un mois, trois mois, six mois, un an, et annuellement jusqu'à l'échéance maximale des instruments financiers à terme utilisés, en distinguant l'impact des opérations qui n'emportent aucune obligation pour l'institution ou l'union.

## **Section 11 : Comptes et états statistiques**

### **Article R931-11-1**

La comptabilité des opérations réalisées par les institutions de prévoyance et leurs unions, y compris celles réalisées par leurs succursales à l'étranger, est tenue conformément aux dispositions des articles R. 931-11-2 à R. 931-11-8. Toutefois, la comptabilité des opérations des succursales des institutions ou unions établies dans des Etats non membres de la Communauté européenne peut être tenue conformément aux législations ou réglementations locales applicables, dès lors qu'elle fait l'objet d'un contrôle par une autorité publique ou d'une certification légale ; dans ce cas, l'information comptable est retraitée lors de l'élaboration des comptes annuels pour être mise en cohérence avec les principes d'évaluation et de présentation des comptes annuels, tels que définis par le présent titre.

### **Article R931-11-2**

Sous réserve des dispositions particulières prévues par le présent titre, les dispositions des articles 8 à 16 du code de commerce et celles du décret n° 83-1020 du 29 novembre 1983 pris en application de la loi n° 83-353 du 30 avril 1983 et relatif aux obligations comptables des commerçants et de certaines sociétés sont applicables aux opérations réalisées par les institutions de prévoyance et leurs unions.

### **Article R931-11-3**

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, pris après avis de l'Autorité des normes comptables, détermine la structure et les principaux éléments de la nomenclature du plan de comptes prévu à l'article 4 du décret n° 83-1020 du 29 novembre 1983 mentionné à l'article R. 931-11-2, ainsi que les règles spécifiques d'utilisation des comptes et les principes généraux d'organisation et de fonctionnement du système comptable. Il peut, en outre, prescrire, lorsque cela est nécessaire pour la justification des comptes ou l'exercice des compétences de l'Autorité de contrôle prudentiel prudentiel, des modalités spécifiques d'enregistrement et de suivi extra-comptable des placements, des bulletins d'adhésion à un règlement ou des contrats, des sinistres et des opérations de réassurance, coassurance et coréassurance des institutions ou de leurs



unions.

Les soldes des comptes utilisés par l'institution ou l'union se raccordent, par voie directe ou par regroupement, aux postes et sous-postes du bilan et du compte de résultat, ainsi qu'aux informations contenues dans l'annexe et dans les états, tableaux et documents mentionnés à l'article R. 931-11-5. Par exception, le solde d'un compte peut être raccordé par éclatement, à condition de pouvoir en justifier, de respecter les règles de sécurité et de contrôle adéquates et de décrire la méthode utilisée dans le document prévu à l'article 1er du décret précité.

Les montants figurant aux postes et sous-postes du bilan et du compte de résultat, ainsi que dans l'annexe et les états, tableaux et documents mentionnés à l'article R. 931-11-5, doivent être contrôlables, notamment à partir du détail des éléments qui composent ces montants.

Les institutions et les unions agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b de l'article L. 931-1 tiennent une comptabilité distincte pour chacune de ces deux catégories d'opérations dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis de l'Autorité des normes comptables.

#### **Article R931-11-4**

Sauf impossibilité reconnue par l'Autorité de contrôle prudentiel prudentiel, l'exercice comptable des institutions de prévoyance et de leurs unions commence le 1er janvier et finit le 31 décembre de chaque année. Exceptionnellement, le premier exercice comptable des institutions et des unions qui commencent leurs opérations au cours d'une année civile peut être clôturé à l'expiration de l'année suivante.

#### **Article R931-11-5**

Les institutions de prévoyance et leurs unions doivent produire chaque année à l'Autorité de contrôle prudentiel prudentiel, à des dates fixées par l'Autorité de contrôle prudentiel, le compte rendu détaillé annuel de leurs opérations et tous états, tableaux ou documents de nature à permettre de contrôler leur situation financière, la marche de leurs opérations, l'encaissement des cotisations, le règlement des sinistres, l'évaluation et la représentation des provisions et réserves. La liste et la forme des états compris dans le compte rendu détaillé annuel et des autres états, tableaux et documents prévus ci-dessus sont fixées par l'Autorité de contrôle prudentiel.

Sur demande de l'Autorité de contrôle prudentiel, les institutions et leurs unions doivent lui communiquer tous renseignements et documents permettant d'apprécier la valeur des immeubles, prêts, titres ou créances figurant dans leur bilan à quelque titre et sous quelque forme que ce soit ainsi que tous autres renseignements sur les opérations que l'Autorité estime nécessaires à l'exercice du contrôle.

#### **Article R931-11-6**

Les articles 9 à 18, 24 et 26 du décret n° 83-1020 du 29 novembre 1983 mentionné à l'article R. 931-11-2 ne sont pas applicables aux institutions de prévoyance et à leurs unions. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, pris après avis de l'Autorité des normes comptables,

détermine les modèles types auxquels les institutions et les unions doivent se conformer pour la présentation du bilan et de son tableau des engagements reçus et donnés, du compte de résultat et de l'annexe.

### **Article R931-11-7**

Les documents comptables relatifs aux opérations en devises des institutions de prévoyance et de leurs unions doivent être tenus dans chacune des devises utilisées, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, pris après avis de l'Autorité des normes comptables. Toutefois, les institutions et les unions dont les opérations en devises ne sont pas significatives peuvent tenir leurs documents comptables uniquement en euros.

Les comptes annuels sont établis en euros. Pour l'établissement des comptes annuels, les opérations en devises sont converties en euros d'après les cours de change constatés à la date de la clôture des comptes ou, à défaut, à la date antérieure la plus proche.

### **Article R931-11-8**

Sans préjudice de l'application des règles de publicité prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur, les comptes annuels des institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance sont délivrés par celles-ci à toute personne qui en fait la demande, moyennant le paiement d'une somme qui ne peut dépasser un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le ministre chargé de la sécurité sociale peut prendre annuellement un arrêté, publié au plus tard le 31 décembre de l'année de clôture de l'exercice, déterminant ceux des états, tableaux et documents, mentionnés à l'article R. 931-11-5 et relatifs à cet exercice, qui devront être délivrés par les institutions et les unions en même temps que les comptes annuels, dans les conditions définies au premier alinéa du présent article. Cet arrêté doit concerner l'ensemble des institutions ou unions pratiquant une même catégorie d'opérations.

L'Autorité de contrôle prudentiel prudentiel peut demander que les comptes annuels lui soient communiqués avant d'être soumis à l'assemblée générale à partir de la date à laquelle ils doivent être tenus à la disposition des commissaires aux comptes.

### **Article R931-11-9**

I. - La quote-part mentionnée à l'article L. 931-32 est un pourcentage de la valeur de l'ensemble des placements appartenant à l'institution ou l'union et de ceux des autres actifs affectables à la représentation des engagements réglementés, évalués conformément aux dispositions de l'article R. 931-10-42. Ce pourcentage est au moins égal au résultat obtenu en divisant par cette valeur la somme des montants suivants :

a) Actifs correspondant aux opérations relevant de l'article L. 932-24, évalués comme il est dit à l'article R. 931-10-42 ;

b) Placements affectés à la représentation des opérations en unités de compte dans lesquels la somme assurée est déterminée par rapport à une valeur de référence et évalués comme il est dit au dernier alinéa de l'article R. 931-10-27 ;

c) Actifs transférés avec un portefeuille de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats, évalués comme il est dit à l'article R. 931-10-42 ;

d) Montant des provisions techniques brutes de réassurance constituées au titre des opérations pratiquées par l'institution ou l'union pour les branches 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 931-2-1 autres que celles qui sont mentionnées aux a et b et diminué du montant des actifs mentionnés au c, évalués comme il est dit aux articles R. 931-10-40 et R. 931-10-41 ;

e) Un pourcentage, défini au II du présent article, de la différence entre la valeur, d'une part, évaluée comme il est dit à l'article R. 931-10-42, d'autre part, évaluée comme il est dit aux articles R. 931-10-40 et R. 931-10-41, de l'ensemble des placements appartenant à l'institution ou l'union et de ceux des autres actifs affectables à la représentation des engagements réglementés autres que ceux mentionnés aux a, b et c ci-dessus.

II. - Le pourcentage mentionné au e du I du présent article est égal à 85 % du quotient A/B, avec :

A : montant moyen des provisions techniques brutes de réassurance constituées au titre de l'ensemble des opérations pratiquées par l'institution ou l'union autres que celles qui sont mentionnées aux a et b du I du présent article ou qui sont relatives à des opérations collectives en cas de décès ou, pour les institutions ou unions agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b de l'article L. 931-1, à des opérations relevant des branches 1 ou 2 de l'article R. 931-2-1, et diminué du montant moyen des actifs mentionnés en c du I du présent article, évalués comme il est dit aux articles R. 931-10-40 et R. 931-10-41 ;

B : montant moyen de l'ensemble des placements appartenant à l'institution ou l'union et de ceux des autres actifs affectables à la représentation des engagements réglementés, autres que ceux qui sont mentionnés aux a, b et c du I ci-dessus, évalués comme il est dit aux articles R. 931-10-40 et R. 931-10-41.

Les montants moyens mentionnés à l'alinéa précédent sont obtenus en divisant par deux la somme des montants inscrits dans les comptes à l'ouverture et à la clôture de l'exercice.

III. - Les placements, actifs et provisions mentionnés au présent article ne comprennent pas ceux qui sont constitués par l'institution ou l'union dans le cadre des opérations effectuées par ses succursales situées à l'étranger.

IV. - En cas de transfert de portefeuille, la valeur des actifs transférés ne peut excéder celle qui résulte de leur évaluation conformément aux dispositions de l'article R. 931-10-42.

## **Section 12 : Fonds paritaire de garantie.**

### **Article R931-12-1**

Le fonds paritaire de garantie institué par l'article L. 931-35 ne peut refuser l'adhésion d'une institution de prévoyance ou union mentionnée au même article, agréée dans les conditions prévues aux articles L. 931-2 et L. 931-4.

L'adhésion au fonds ne prend fin qu'en cas de retrait, de cessation ou de caducité de l'agrément.

### **Article R931-12-2**

Les membres adhérents, les membres participants, leurs ayants droit et les bénéficiaires de prestations relevant de toutes les branches définies à l'article R. 931-2-1 souscrits auprès d'institutions de prévoyance ou unions adhérentes bénéficient du fonds paritaire de garantie.

Il est interdit d'utiliser à des fins publicitaires le fait que des bulletins d'adhésion à des règlements ou des contrats sont couverts par le mécanisme de garantie institué à l'article L. 931-35.

### **Article R931-12-3**

Le collège institué à l'article L. 951-15 est composé du directeur de la sécurité sociale, des président et vice-président du conseil d'administration du fonds paritaire de garantie, ou de leurs représentants, et de deux membres de l'Autorité de contrôle prudentiel instituée à l'article L. 951-1.

### **Article R931-12-4**

l'Autorité de contrôle prudentiel instituée à l'article L. 951-1 peut retenir un taux de réduction différent par ensemble de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats présentant les mêmes caractéristiques. Tous les bulletins d'adhésion à un règlement ou les contrats d'un même ensemble ont le même taux de réduction.

Si l'Autorité de contrôle prudentiel décide le transfert de tout ou partie des bulletins d'adhésion à un règlement ou des contrats à un ou plusieurs organismes assureurs, elle fait procéder, aux frais de l'institution de prévoyance ou de l'union défailante, à l'évaluation des actifs de cette dernière, afin de procéder à leur attribution. l'Autorité de contrôle prudentiel notifie à chaque organisme cessionnaire la liste des actifs accompagnant le transfert de portefeuille.

Si l'Autorité de contrôle prudentiel estime que les taux de réduction proposés sont excessifs, elle peut, sur le fondement de l'évaluation mentionnée à l'alinéa précédent, demander aux organismes ayant répondu à l'appel d'offres d'améliorer leur offre dans un délai qu'elle fixe. En l'absence de réponse satisfaisante, elle peut rejeter leur candidature.

Si l'institution de prévoyance ou l'union défailante pratiquait les opérations relevant de l'article L. 932-24 du présent code, les actifs affectés à ces opérations sont attribués aux cessionnaires des engagements correspondants.

## **Article R931-12-5**

L'organisme cessionnaire présente au fonds paritaire de garantie la demande de versement prévue au premier alinéa de l'article L. 951-16 dont il calcule le montant sur la base des engagements arrêtés à la date de publication au Journal officiel du transfert de portefeuille et des actifs accompagnant ce transfert. Dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de cette demande, le fonds, après avoir vérifié que les bulletins d'adhésion à un règlement ou les contrats sont couverts par la garantie et contrôlé le montant garanti par bulletin d'adhésion à un règlement ou par contrat, notifie à l'organisme cessionnaire le montant de la somme qui lui est due et qu'il lui verse en une seule fois.

A titre exceptionnel, l'Autorité de contrôle prudentiel peut, sur la demande du fonds paritaire de garantie, lui accorder une prolongation, qui ne saurait être supérieure à trois mois, du délai prévu à l'alinéa précédent.

Les sommes dues par le fonds paritaire de garantie et non versées portent intérêt aux taux éventuellement prévus dans les bulletins d'adhésion à un règlement ou les contrats transférés à compter de la date d'expiration du délai imparti au fonds pour en effectuer le versement. Pour les membres adhérents, membres participants, ayants droit et bénéficiaires qui, en vertu des clauses du règlement auquel ils ont adhéré ou du contrat qu'ils ont souscrit, ont un droit sur la provision mathématique du bulletin d'adhésion au règlement ou du contrat, l'organisme cessionnaire informe chaque membre adhérent, membre participant, ayants droit ou bénéficiaires de prestations, du montant de la reconstitution, effectuée par le fonds, de la provision attachée à son bulletin d'adhésion ou son contrat. Pour les autres opérations, l'organisme cessionnaire informe les bénéficiaires de prestations à la date d'intervention du fonds paritaire de garantie du montant de la reconstitution, effectuée par le fonds, des prestations auxquelles ils ont droit.

Le cas échéant, le fonds paritaire de garantie dispose d'un délai de deux mois à compter de la date de versement prévue au présent article pour présenter à l'organisme cessionnaire une demande de reversement.

## **Article R931-12-6**

Le liquidateur demande au fonds paritaire de garantie le versement prévu au deuxième alinéa de l'article L. 951-16, qu'il calcule sur la base des engagements arrêtés à la date de cessation des effets des bulletins d'adhésion à un règlement ou des contrats, déterminée dans les conditions prévues aux

articles L. 931-21-3 et L. 931-21-4. Dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de cette demande, le fonds, après avoir vérifié que les bulletins d'adhésion à un règlement ou les contrats sont couverts par la garantie et contrôlé le montant garanti par bulletins d'adhésion à un règlement ou par contrat, procède à un versement en une seule fois au profit de chaque membre adhérent, membre participant, ayants droit ou bénéficiaires de prestations contre la remise par celui-ci d'un récépissé du versement.

A titre exceptionnel, l'Autorité de contrôle prudentiel peut, sur la demande du fonds paritaire de garantie, lui accorder une prolongation, qui ne saurait être supérieure à trois mois, du délai prévu à l'alinéa précédent.

Le fonds met en oeuvre la garantie, selon la même procédure, si le liquidateur présente une demande complémentaire de versement en apportant la preuve que des membres adhérents, membres participants, ayants droit ou bénéficiaires de prestations concernés n'ont pas été en mesure de présenter à temps les bulletins d'adhésion à un règlement ou contrats susceptibles de bénéficier de la garantie.

Les sommes dues par le fonds paritaire de garantie et non versées portent intérêt au taux légal, à compter de la date d'expiration du délai imparti au fonds pour en effectuer le versement.

Le cas échéant, le fonds paritaire de garantie dispose d'un délai de deux mois à compter de la date de versement des prestations pour présenter au membre adhérent, membre participant, ayant droit ou bénéficiaire de prestations concerné une demande de reversement.

### **Article R931-12-7**

Dès la notification prévue au I de l'article L. 951-15, l'institution de prévoyance ou l'union défailante informe chaque membre adhérent, membre participant, ayant droit ou bénéficiaire de prestations de la procédure en cours.

Les formalités à remplir par l'organisme cessionnaire du portefeuille de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats pour bénéficier du versement par le fonds prévu au premier alinéa de l'article L. 951-16 sont précisées par le règlement du fonds paritaire de garantie. Celles qui devront être accomplies par le liquidateur en vue de permettre le versement prévu au deuxième alinéa du même article aux membres adhérents, membres participants, leurs ayants droit ou bénéficiaires de prestations sont également précisées par ce même règlement.

### **Article R931-12-8**

Le membre adhérent, le membre participant, l'ayant droit, le bénéficiaire de prestations ou l'organisme cessionnaire qui conteste une décision du fonds paritaire de garantie saisit la juridiction compétente du lieu de son domicile ou de son siège social.

## **Article R931-12-9**

Le règlement du fonds paritaire de garantie fixe les conditions de fonctionnement du fonds, de versement des sommes dues aux membres adhérents, membres participants, ayants droit ou bénéficiaires, ou aux organismes cessionnaires ainsi que les règles relatives à la tenue de la comptabilité du fonds.

## **Article R931-12-10**

Les décisions du fonds paritaire de garantie sont communiquées au ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Article R931-12-11**

Sous réserve des dispositions de l'article R. 931-12-13, le fonds doit disposer en permanence d'un montant global de ressources égal à 0,05 % du total des provisions mathématiques constatées au 31 décembre de l'année précédente pour l'ensemble des institutions de prévoyance et unions mentionnées à l'article L. 931-35. Le montant global est constitué par les institutions de prévoyance et unions adhérentes, après déduction des ressources propres du fonds qui comprennent les produits financiers, pour moitié par des cotisations versées au fonds et pour moitié par des cotisations non versées prenant la forme de réserves pour fonds de garantie.

Le fonds paritaire de garantie notifie à chaque institution de prévoyance ou union adhérente le montant de sa cotisation annuelle qui correspond à sa quote-part du montant global prévu au premier alinéa.

Cette quote-part est égale au pourcentage que représentent ses provisions techniques constatées au 31 décembre de l'année précédente, après un abattement des trois quarts pour les provisions des contrats en unités de compte, dans les provisions techniques de l'ensemble des institutions de prévoyance et unions adhérentes calculées avec le même abattement.

Si le montant de sa cotisation de l'année est supérieur à celui de l'année précédente, chaque institution de prévoyance ou union procède en une seule fois au versement au fonds et à la dotation à la réserve pour un montant égal à cette différence. Lorsque cette différence est négative, elle donne lieu, la même année, pour moitié à sa restitution par le fonds à l'institution de prévoyance ou union concernée et pour moitié à une reprise par l'institution de prévoyance ou union sur la réserve pour fonds de garantie.

Le fonds paritaire de garantie informe l'Autorité de contrôle prudentiel de tout retard de versement de plus de deux mois ou de tout refus de versement d'une institution de prévoyance ou union, afin que l'Autorité mette en oeuvre, le cas échéant, les procédures de sanctions prévues à l'article L.

951-10.L'Autorité peut également engager une procédure de sanction si elle constate que l'institution de prévoyance ou l'union n'a pas doté la réserve pour fonds de garantie du montant prévu.

Les cotisations versées au fonds paritaire de garantie par les institutions de prévoyance ou unions dont l'adhésion au fonds a pris fin ne peuvent faire l'objet d'un reversement par celui-ci.

### **Article R931-12-12**

Si le fonds paritaire de garantie intervient dans les conditions prévues à l'article L. 951-15, il utilise par priorité ses ressources disponibles, avant d'appeler, en tant que de besoin, les réserves pour fonds de garantie prévues à l'article R. 931-12-11.

Si la mise en jeu de la garantie du fonds excède le montant global prévu au premier alinéa de l'article R. 931-12-11, le fonds emprunte les sommes nécessaires à la préservation des droits des membres adhérents, membres participants, de leurs ayants droit ou bénéficiaires de prestations, dans la limite d'une fois ce montant global.

### **Article R931-12-13**

En cas d'intervention du fonds paritaire de garantie dans les conditions prévues à l'article L. 951-16, les institutions de prévoyance ou unions reconstituent, au cours des trois années suivantes, le montant des sommes versées par le fonds par un versement complémentaire au fonds égal, pour chacune de ces trois années, au tiers des ressources disponibles utilisées par le fonds et, le cas échéant, par une dotation complémentaire de leur réserve pour fonds de garantie égale, pour chacune des trois années, au tiers du montant de cette réserve appelé par le fonds.

### **Article R931-12-14**

Les réserves pour fonds de garantie sont admises comme éléments constitutifs de la marge de solvabilité des institutions de prévoyance ou unions adhérentes dans les conditions prévues aux articles R. 931-10-3, R. 931-10-6 et R. 931-10-9, à hauteur de la part de cotisation versée par l'institution de prévoyance ou union et non utilisée par le fonds.

Les certificats d'association éventuellement émis dans les conditions prévues à l'article L. 931-41 viennent en diminution de la marge de solvabilité des institutions de prévoyance ou unions qui les souscrivent.

### **Article R931-12-15**

Le règlement du fonds paritaire de garantie des assurés détermine les conditions dans lesquelles



celui-ci emprunte auprès de ses adhérents.

Chaque emprunt doit être remboursé dans un délai maximal de six ans à compter de la date de sa souscription.

La quote-part de chaque institution de prévoyance ou union adhérente dans les emprunts du fonds vient en diminution de sa marge de solvabilité.

## **Article R931-12-16**

Une provision est constituée dans la comptabilité du fonds paritaire de garantie pour enregistrer les cotisations versées par les institutions de prévoyance ou unions adhérentes, les produits financiers générés par ces cotisations, et toutes autres ressources du fonds, sous déduction de ses frais de gestion.

Le montant de cette provision est investi dans :

1° Des valeurs cotées sur un marché réglementé d'instruments financiers d'un Etat membre de l'Union européenne, à l'exclusion des valeurs émises par une institution de prévoyance ou union adhérente au fonds paritaire de garantie ;

2° Des valeurs émises ou garanties par un Etat membre de l'Union européenne ;

3° Des liquidités ;

4° Des actions de sociétés d'investissement à capital variable et des parts de fonds communs de placement détenant exclusivement des actifs relevant des 1°, 2° et 3° sans que soient prohibées les valeurs émises par des institutions ou unions adhérentes au fonds de garantie dès lors que le montant total de ces valeurs n'excède pas 15 % de la valeur d'actif de chacun des instruments financiers de gestion collective, visés ci-dessus.

Les placements sont comptabilisés au prix d'achat et les moins-values provisionnées ligne par ligne.

La provision ne peut être investie à hauteur de plus de 5 % dans des valeurs émises par un même organisme, à l'exception des valeurs émises ou garanties par un Etat membre de l'Union européenne.

Les liquidités doivent représenter à tout instant au moins 20 % des actifs du fonds.

Les valeurs et liquidités du fonds de garantie sont déposées auprès d'établissements de crédit ou d'entreprises d'investissement régulièrement habilités par un Etat membre de l'Union européenne. Aucun de ces établissements ou entreprises ne peut détenir plus de 25 % du montant de la provision.

La comptabilité du fonds doit permettre de distinguer le montant des cotisations versées par les institutions de prévoyance ou unions adhérentes, le montant cumulé des produits financiers des cotisations et les autres ressources du fonds.

## **Section 13 : Contrôle interne.**

### **Article R931-43**

L'institution ou l'union est tenue de mettre en place un dispositif permanent de contrôle interne.

Le conseil d'administration approuve, au moins annuellement, un rapport sur le contrôle interne, qui est transmis à l'Autorité de contrôle prudentiel.

1° La première partie de ce rapport détaille les conditions de préparation et d'organisation des travaux du conseil d'administration et, le cas échéant, les pouvoirs nécessaires à la gestion de l'institution ou de l'union délégués au directeur général par le conseil d'administration dans le cadre de l'article R. 931-3-11.

2° La seconde partie de ce rapport détaille :

- a) Les objectifs, la méthodologie, la position et l'organisation générale du contrôle interne au sein de l'institution ou de l'union ; les mesures prises pour assurer l'indépendance et l'efficacité du contrôle interne et notamment la compétence et l'expérience des équipes chargées de le mettre en œuvre, ainsi que les suites données aux recommandations des personnes ou instances chargées du contrôle interne ;
- b) Les procédures permettant de vérifier que les activités de l'institution ou de l'union sont conduites selon les politiques et stratégies établies par les organes dirigeants et les procédures permettant de vérifier la conformité des opérations d'assurance ou de réassurance aux dispositions législatives et réglementaires ;
- c) Les méthodes utilisées pour assurer la mesure, l'évaluation et le contrôle des placements, en particulier en ce qui concerne l'évaluation de la qualité des actifs et de la gestion actif-passif, le suivi des opérations sur instruments financiers à terme et l'appréciation des performances et des marges des intermédiaires financiers utilisés ;
- d) Le dispositif interne de contrôle de la gestion des placements, ce qui inclut la répartition interne des responsabilités au sein du personnel, les personnes chargées d'effectuer les transactions ne pouvant être également chargées de leur suivi, les délégations de pouvoir, la diffusion de l'information, les procédures internes de contrôle ou d'audit ;
- e) Les procédures et dispositifs permettant d'identifier, d'évaluer, de gérer et de contrôler les risques liés aux engagements de l'institution ou de l'union et de détenir des capitaux suffisants pour ces risques, ainsi que les méthodes utilisées pour vérifier la conformité des pratiques en matière d'acceptation et de tarification du risque, de cession en réassurance et de provisionnement des engagements réglementés à la politique de l'institution ou de l'union dans ces domaines, définie dans le rapport mentionné à l'article L. 322-2-4 du code des assurances ;
- f) Les mesures prises pour assurer le suivi de la gestion des sinistres, le suivi des filiales, la maîtrise

des activités externalisées et des modes de commercialisation des produits de l'institution ou de l'union, et les risques qui pourraient en résulter ;

g) Les procédures d'élaboration et de vérification de l'information financière et comptable ;

h) Les procédures et mesures de contrôle interne des risques de blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme, pour les institutions mentionnées au 3° de l'article L. 561-2 du code monétaire et financier.

Ces procédures et mesures sont mis en œuvre dans les conditions prévues par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou, pour les institutions relevant du II de l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime par un arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Les arrêtés sont pris après avis du ministre chargé de l'économie.

### **Article R931-43-1**

Les organismes chargés d'établir et de publier les comptes consolidés ou combinés d'un ensemble au sens de l'article L. 931-34 ou d'un conglomérat financier au sens de l'article L. 933-4-2 soumis à la surveillance complémentaire de l'Autorité de contrôle prudentiel fournissent en outre un rapport décrivant également le dispositif de contrôle interne de l'ensemble ou du conglomérat financier.

Les dispositions du présent article sont applicables aux institutions de prévoyance et aux unions mentionnées à l'article L. 931-4-1.

### **Article R931-43-2**

Le conseil d'administration approuve au moins annuellement les lignes directrices de la politique de réassurance.

Un rapport relatif à la politique de réassurance lui est soumis annuellement.

Ce rapport décrit :

a) Les orientations prises par l'organisme en matière de cessions en réassurance, en particulier en ce qui concerne la nature et le niveau de protection visé et le choix des entreprises cessionnaires ;

b) Les critères qualitatifs et quantitatifs sur lesquels l'organisme se fonde pour s'assurer de l'adéquation de ses cessions en réassurance avec les risques souscrits ;

c) Les orientations de la politique de réassurance concernant les risques souscrits au cours de l'exercice suivant le dernier exercice clos ainsi que les principales cessions de réassurance ;

d) L'organisation concernant la définition, la mise en œuvre et le contrôle du programme de réassurance ;

e) Les méthodes d'analyse et de suivi qu'utilise l'organisme en ce qui concerne le risque de contrepartie lié à ses opérations de cessions en réassurance ainsi que les conclusions résultant de l'emploi de ces méthodes.

Après son approbation, ce rapport peut être inclus dans le rapport de solvabilité mentionné à l'article L. 322-2-4 du code des assurances.

Les dispositions du présent article sont applicables aux institutions de prévoyance et aux unions mentionnées à l'article L. 931-4-1.

### **Article R931-44**

Le conseil d'administration fixe, au moins annuellement, les lignes directrices de la politique de placement. Il se prononce en particulier sur les modalités de choix des intermédiaires financiers, sur la gestion actif-passif, sur la qualité des actifs et sur les opérations sur instruments financiers à terme.

A cet effet, il s'appuie sur le rapport de solvabilité mentionné à l'article L. 322-2-4 du code des assurances qui, dans une partie distincte relative aux placements, présente les résultats obtenus pour chaque portefeuille et chaque catégorie de placements, détaille les opérations mentionnées aux articles R. 931-10-48 à R. 931-10-51 réalisées au cours de la période écoulée et fixe, pour ces opérations, les limites aux risques de marché, de contrepartie et de liquidité encourus sur les opérations à venir.

Le conseil d'administration peut modifier les limites mentionnées à l'alinéa précédent. Dans ce cas, il rend compte de ces modifications sans délai à l'Autorité de contrôle prudentiel et dans le prochain rapport de solvabilité.

### **Article R931-45**

Lorsqu'elle se propose d'utiliser pour la première fois des instruments financiers à terme, l'institution de prévoyance ou union en informe préalablement l'Autorité de contrôle prudentiel.

### **Article R931-46**

L'institution de prévoyance ou union effectue un suivi permanent des opérations mentionnées aux articles R. 931-10-48 à R. 931-10-51. Elle tient à cet effet un relevé quotidien des positions prises pour chaque catégorie de placement sous-jacent, échéance par échéance.

Le système de suivi doit permettre :

- a) Une évaluation sans délai des valeurs de réalisation ;
- b) Le respect à tout moment des limites internes mentionnées à l'article R. 931-44 ;
- c) Le contrôle à tout moment du respect par les gestionnaires de ces limites et des procédures internes nécessaires à l'accomplissement des dispositions du présent article.

## **Chapitre II : Opérations des institutions de prévoyance**

## **Section 1 : Dispositions relatives aux opérations collectives à adhésion obligatoire.**

### **Article R932-1-1**

Les règlements et les bulletins d'adhésion des institutions de prévoyance ou de leurs unions ainsi que leurs contrats sont rédigés par écrit, en français et en caractères apparents. Ces documents décrivent, de manière claire et précise, les droits et obligations de l'adhérent, du participant et de l'institution de prévoyance ou de l'union et comportent notamment :

- a) La dénomination sociale de l'institution ou de l'union ;
- b) Les nom et adresse de l'adhérent ;
- c) La ou les catégories de personnes couvertes ;
- d) La nature et le contenu des engagements pris ou des risques couverts ;
- e) Le moment à partir duquel le ou les engagements sont pris ou le ou les risques sont couverts, ainsi que la durée de ces engagements ou de la couverture de ces risques ;
- f) Le montant ou le taux et l'assiette de la cotisation ;
- g) Les clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ;
- h) La durée de l'adhésion ou du contrat, celle de la tacite reconduction, ainsi que les conditions de celle-ci ;
- i) Les cas et conditions de prorogation ou de résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat ainsi que ceux de cessation de ses effets ;
- j) Les obligations de l'adhérent lors de l'adhésion au règlement ou de la souscription du contrat et au cours de l'adhésion ou du contrat en ce qui concerne notamment la déclaration de nouveaux participants ;
- k) Les obligations du participant, lors de son affiliation et, éventuellement, au cours de la durée de l'adhésion ou du contrat en ce qui concerne notamment la déclaration du risque ;
- l) Les conditions et les modalités de la déclaration à effectuer auprès de l'institution ou de l'union en cas de sinistre ;

- m) Le délai dans lequel l'institution ou l'union paye les prestations ou les indemnités aux participants, aux bénéficiaires ou aux ayants droit de ceux-ci ;
- n) Les conditions dans lesquelles l'adhérent et le participant peuvent, sans préjudice des actions en justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser d'éventuelles réclamations relatives au règlement et au bulletin d'adhésion ou au contrat ;
- o) L'adresse du siège social de l'institution ou de l'union et, le cas échéant, de la succursale qui se propose d'accorder la garantie ainsi que les Etats dans lesquels ils sont établis ;
- p) Le nom et l'adresse des autorités chargées du contrôle de l'institution ou de l'union qui accorde la garantie ;
- q) La loi applicable lorsque ce n'est pas la loi française.

Le règlement et le bulletin d'adhésion ou le contrat doivent rappeler les dispositions du présent chapitre relatives à la prescription des actions des opérations mises en oeuvre par les institutions de prévoyance ou leurs unions.

### **Article R932-1-2**

La remise des documents mentionnés aux trois premiers alinéas de l'article L. 932-3 est constatée par une mention signée et datée par l'adhérent par laquelle celui-ci reconnaît avoir reçu au préalable ces documents.

### **Article R932-1-3**

Lorsqu'une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance fait l'objet d'une désignation conformément aux dispositions des articles L. 912-1 et L. 912-2, elle adresse aux entreprises concernées le règlement et le bulletin d'adhésion ou le contrat.

En cas de modification d'un règlement ou d'un contrat relatif à une ou plusieurs des garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-2, l'institution ou l'union notifie à chaque adhérent un avenant constatant les modifications apportées au règlement ou au contrat.

### **Article R932-1-4**

Les clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties sont mentionnées dans la notice d'information prévue à l'article L. 932-6 en caractères très apparents.

## **Article R932-1-5**

Lorsque la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie prévue au premier alinéa de l'article L. 932-9, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mise en demeure prévue au deuxième alinéa de l'article L. 932-9 résulte de l'envoi d'une lettre recommandée adressée par l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance à l'adhérent.

## **Article R932-1-6**

La résiliation d'une adhésion à un règlement ou d'un contrat souscrit auprès d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance s'effectue par l'envoi à celle-ci d'une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance. La résiliation par l'institution ou l'union d'institutions s'effectue dans les mêmes conditions. Le cachet de la poste fait foi du respect du délai de préavis.

## **Article R932-1-7**

Lorsque la convention ou l'accord collectif qui déterminent la ou les garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-2 organisent l'examen annuel, par la commission paritaire, des résultats techniques et financiers et, le cas échéant, d'action sociale du règlement ou du contrat souscrit auprès d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance, celle-ci fournit et présente à ladite commission les comptes du règlement ou du contrat ainsi que le rapport prévu aux articles 3 et 4 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4, 9 et 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

## **Section 2 : Dispositions relatives aux opérations collectives à adhésion facultative et aux opérations individuelles.**

### **Article R932-2-1**

I. - Les dispositions des articles R. 932-1-1 à R. 932-1-6 s'appliquent aux opérations collectives à adhésion facultative des institutions de prévoyance et de leurs unions visées au deuxième alinéa de l'article L. 932-14. Les dispositions de l'article R. 932-1-5 s'appliquent dans le cas prévu au I de l'article L. 932-22. Les dispositions du même article s'appliquent dans le cas prévu au II de l'article L. 932-22 sous réserve de substituer au terme adhérent le terme participant.

II. - Les dispositions de l'article R. 932-1-1 s'appliquent aux opérations individuelles des institutions de prévoyance et de leurs unions visées au troisième alinéa de l'article L. 932-14 à l'exception des b, c et j du premier alinéa dudit article. Pour ces dernières opérations, le bulletin d'adhésion ou le contrat contiennent en outre les nom et adresse du participant et l'indication de la ou des personnes couvertes et comportent en caractères très apparents les clauses mentionnées au g du premier alinéa de l'article R. 932-1-1. Les dispositions des articles R. 932-1-2 et R. 932-1-4 à R. 932-1-6 s'appliquent également sous réserve de substituer au terme adhérent le terme participant.

III. - Le règlement et le bulletin d'adhésion ou le contrat doivent rappeler les dispositions du troisième alinéa de l'article L. 932-17 relatives à la règle proportionnelle lorsque celle-ci est applicable.

## **Article R932-2-2**

I. - En ce qui concerne les opérations collectives à adhésion facultative des institutions de prévoyance et de leurs unions, la notice d'information prévue à l'article L. 932-6 comprend obligatoirement une mention relative aux conditions d'exercice, par le participant, de la faculté de renonciation prévue à l'article L. 932-15. Lorsque le règlement ou le contrat comporte une garantie décès, la notice d'information précise le sort de celle-ci en cas d'exercice de la faculté de renonciation avant l'expiration du délai mentionné à l'article L. 932-15.

Le défaut de remise de la notice d'information ou l'absence de la mention prévue à l'alinéa précédent entraînent de plein droit la prorogation du délai de trente jours prévu au premier alinéa de l'article L. 932-15 jusqu'au trentième jour suivant la date de la remise effective de la notice complète.

II. - En ce qui concerne les opérations individuelles des institutions de prévoyance et de leurs unions, la proposition de bulletin d'adhésion à un règlement ou de contrat comprend un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice, par le participant, de la faculté de renonciation prévue à l'article L. 932-15. La proposition doit indiquer, notamment, pour les bulletins d'adhésion ou contrats qui en comportent, les valeurs de rachat au terme des huit premières années au moins. L'institution ou l'union doit, en outre, remettre contre récépissé une notice d'information sur les dispositions essentielles du bulletin d'adhésion ou du contrat, sur les conditions d'exercice de la faculté de renonciation. Lorsque le règlement ou le contrat comporte une garantie décès, la notice d'information précise le sort de celle-ci en cas d'exercice de la faculté de renonciation avant l'expiration du délai mentionné à l'article L. 932-15.

Le défaut de remise des documents ou l'absence des informations prévus à l'alinéa précédent entraînent de plein droit la prorogation du délai de trente jours prévu au premier alinéa de l'article L. 932-15 jusqu'au trentième jour suivant la date de la remise effective de la notice complète.

## **Article R932-2-3**

Pour l'application de l'article L. 932-15-1, l'institution de prévoyance ou l'union communique au membre participant les informations suivantes :



1° Les modalités de conclusion du contrat ou d'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation.

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.

2° En cas de communication par téléphonie vocale, le nom de l'institution de prévoyance ou l'union ainsi que le caractère commercial de l'appel sont indiqués sans équivoque au début de toute conversation avec le membre participant. La personne en contact avec le membre participant doit en outre préciser son identité et son lien avec l'institution de prévoyance ou l'union.

Sous réserve de l'accord formel du membre participant, seules les informations visées aux 2°, 3° et 5° du III de l'article L. 932-15-1 peuvent lui être communiquées. Le membre participant est toutefois informé que les informations visées aux 1°, 4°, 6° et 7° peuvent lui être fournies sur demande.

En outre, l'institution de prévoyance ou l'union est tenue de fournir l'ensemble des informations mentionnées au III de l'article L. 932-15-1 lorsqu'elle remplit ses obligations en vertu de l'article L. 121-20-11 du code de la consommation.

## **Article R932-2-4**

L'absence matérielle des éléments d'information prévus au III de l'article L. 932-15-1 est punie de la peine d'amende prévue pour les contraventions de la cinquième classe.

## **Section 3 : Dispositions particulières relatives aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine et aux opérations de capitalisation.**

### **Article R932-3-1**

Lorsque les institutions de prévoyance et leurs unions réalisent des opérations soumises aux dispositions du second alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances, les unités de compte visées à cet article sont :

1° Les actifs énumérés aux 1°, 2°, 3°, 3° bis, 4°, 5°, 6° et 10° de l'article R. 931-10-21 du présent code ;

2° Dans les conditions fixées à l'article R. 131-3 du code des assurances, les parts ou actions visées au 12° de l'article R. 931-10-21 du présent code ;

3° Les parts visées au 9° et les actions mentionnées au 8° de l'article R. 931-10-21.

Le bulletin d'adhésion au règlement ou le contrat peut se référer soit à une seule unité de compte, soit à la combinaison de plusieurs unités de compte. Dans ce dernier cas, la cotisation doit être ventilée entre les différentes unités de compte conformément aux dispositions du bulletin d'adhésion ou du contrat. La part de la cotisation représentée par les unités de compte relevant du 3° ne doit pas dépasser 10 %.

Le bulletin d'adhésion ou le contrat doit prévoir les modalités selon lesquelles, en cas de disparition d'une unité de compte, une autre unité de compte de même nature lui est substituée, par un avenant au bulletin d'adhésion ou au contrat.

### **Article R932-3-2**

Dans le cas où le bulletin d'adhésion se réfère à une part ou à une action de société immobilière non cotée, l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance fixe, suivant des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, la valeur de cette action ou de cette part préalablement à la diffusion du bulletin d'adhésion ou du contrat et, par la suite, au moins une fois par an pendant la durée de l'adhésion ou du contrat.

### **Article R932-3-3**

I. - Les articles R. 132-2 et R. 132-3 du code des assurances sont applicables aux opérations régies par la présente section sous réserve des adaptations prévues au deuxième alinéa de l'article L. 932-23 du présent code.

II. - Outre les mentions figurant à l'article R. 932-1-1 du présent code, les bulletins d'adhésion ou les contrats relatifs aux opérations régies par la présente section doivent comporter l'ensemble des mentions figurant à l'article R. 132-4 du code des assurances.

### **Article R932-3-4**

I.-Le I de l'article R. 132-5-1-1 du code des assurances s'applique sous réserve des adaptations prévues au deuxième alinéa de l'article L. 932-23 du présent code.

II.-Lorsque le participant le demande ou lorsqu'une couverture immédiate est nécessaire, les informations peuvent être fournies oralement. Dans ce cas, sitôt le contrat conclu, les informations sont communiquées au participant sur support papier ou tout autre support durable à sa disposition et auquel il a facilement accès.

En cas de commercialisation d'un contrat à distance, les informations précontractuelles fournies au participant sont conformes aux dispositions de l'article L. 932-15-1 du présent code. En outre, lorsque le contrat a été conclu à la demande du participant en utilisant une technique de commercialisation à distance ne permettant pas la transmission des informations sur support papier ou sur un autre support durable, ces informations sont, sitôt le contrat conclu, communiquées au participant sur support papier ou tout autre support durable à sa disposition et auquel il a facilement accès.

## **Section 4 : Dispositions particulières relatives à certaines opérations de retraite à caractère collectif**

### **Sous-section 1 : Contenu du règlement.**

#### **Article R932-4-1**

Les opérations collectives prévues à l'article L. 932-24 sont autorisées à la condition qu'elles comportent une prestation déterminée dans les conditions fixées par la présente section.

#### **Article R932-4-2**

Les opérations collectives prévues à l'article L. 932-24 sont réalisées dans le cadre d'adhésions à un règlement dans les conditions fixées à l'article L. 932-1 pour les opérations collectives à adhésion obligatoire et à l'article L. 932-14 pour les opérations collectives à adhésion facultative. Ce règlement doit indiquer les modalités de fonctionnement du régime, y compris dans les cas de conversion prévus aux articles R. 932-4-18 et R. 932-4-19.

#### **Article R932-4-3**

Les prélèvements à appliquer aux cotisations et les tables de mortalité servant au calcul de la provision mathématique théorique mentionnée à l'article R. 932-4-15 et à l'établissement des inventaires sont déterminés dans les conditions et limites définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

#### **Article R932-4-4**

Les opérations prévues à l'article L. 932-24 comportent la constitution d'une provision technique spéciale, à laquelle sont affectées les cotisations versées, nettes de prélèvements et de taxes, et sur laquelle sont réglées les prestations servies. Elle est représentée à l'actif dans les conditions et

limites fixées par la section 10 du chapitre Ier du présent titre.

Sont affectés à ladite provision, à concurrence d'au moins 85 p. 100 de leur montant, les produits générés par la gestion financière des opérations mentionnées à l'article L. 932-24.

Les valeurs mobilières figurant à l'actif du bilan en représentation de la provision technique spéciale sont évaluées conformément aux règles fixées par la section 10 du chapitre Ier du présent titre.

#### **Article R932-4-5**

Il est ouvert, pour chacun des participants cotisants ou bénéficiaires, un compte individuel où sont portés les cotisations versées et le nombre d'unités de rentes correspondantes, ventilés par année.

#### **Article R932-4-6**

Il ne peut être stipulé aucun avantage gratuit pour les opérations collectives prévues à l'article L. 932-24.

#### **Article R932-4-7**

Pour les opérations collectives prévues à l'article L. 932-24, il doit être tenu une comptabilité spéciale et établi, en fin d'exercice, un compte spécial des résultats. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les modalités d'application du présent article.

#### **Article R932-4-8**

Le règlement d'opérations collectives prévues à l'article L. 932-24 doit définir le mode de détermination des cotisations annuelles.

Il doit contenir, en outre, les indications relatives à la détermination du nombre d'unités de rente correspondant à ladite cotisation.

Le bulletin d'adhésion au règlement comporte les mêmes indications pour chacun des participants et fixe l'âge d'entrée en jouissance de la retraite pour chacun des bénéficiaires.

#### **Article R932-4-9**

Le nombre de participants à un règlement ne peut être inférieur à 1 000.

Cet effectif doit être réuni dans un délai de trois ans à partir de l'entrée en vigueur dudit règlement.

### **Article R932-4-10**

En cas de cessation de paiement des cotisations, le règlement peut prévoir la déchéance des droits acquis si le participant ne justifie pas du versement d'au moins deux années de cotisations.

Le règlement peut également prévoir une réduction du nombre d'unités de rentes inscrites au compte d'un participant en application de l'article R. 932-4-12 :

a) Lorsque celui-ci a payé les cotisations afférentes à plus de trois années, mais n'a pas effectué de versements réguliers jusqu'à l'âge de l'entrée en jouissance, cette réduction ne peut avoir pour effet de réduire la prestation à un montant inférieur au produit du nombre d'unités de rente inscrites avant réduction par la moyenne des valeurs de service de l'unité de rente fixées pour les années au cours desquelles il a effectué ses versements ;

b) Lorsque à l'âge de l'entrée en jouissance le participant ne peut faire état d'un nombre minimal d'années fixé par le règlement depuis son adhésion ;

c) Lorsque le participant demande une anticipation de la date de l'entrée en jouissance ;

d) Lorsque le participant use de la faculté d'obtenir une réversion prévue à titre facultatif par le règlement.

Le règlement peut également prévoir une majoration du nombre d'unités de rente inscrites au compte du participant en application de l'article R. 932-4-12 lorsque celui-ci ajourne la date de l'entrée en jouissance.

### **Article R932-4-11**

Le nombre d'unités de rente, éventuellement ajusté comme il est dit à l'article R. 932-4-10, qui est inscrit chaque année au compte individuel de chacun des participants cotisants et bénéficiaires, est égal au quotient de la cotisation, nette de prélèvements et de taxes, par la valeur d'acquisition de l'unité de rente.

### **Article R932-4-12**

Le montant de la prestation est égal, pour chaque bénéficiaire, au produit du nombre d'unités de

rente inscrites à son compte par la valeur de service de l'unité déterminée par le règlement auquel il a adhéré.

### **Article R932-4-13**

La valeur d'acquisition de l'unité de rente et sa valeur de service sont fixées chaque année par l'institution ou l'union, dans les conditions prévues par le règlement.

### **Article R932-4-14**

Dans le cas d'une rente sans réversion payable à soixante-cinq ans, le quotient de la valeur de service par la valeur d'acquisition doit être au moins égal à 0,05.

Dans les autres cas, il est procédé à une équivalence actuarielle dont les conditions sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R932-4-15**

Chaque année, l'institution ou l'union calcule le montant de la provision mathématique théorique qui serait nécessaire pour assurer le service des rentes viagères immédiates et différées sur la base de la valeur de service à la date de l'inventaire. Ce calcul est effectué à partir des règles techniques fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R932-4-16**

Pour chaque règlement ou contrat, le montant de la provision technique spéciale est au moins égal à celui de la provision mathématique théorique.

### **Article R932-4-17**

La valeur de service de l'unité de rente doit être déterminée chaque année de telle manière que, après le service des prestations dues au titre de l'année, le rapport de la provision technique spéciale à la provision mathématique théorique ne devienne pas inférieur à 1 et que, le cas échéant, l'excédent par rapport à 1 ne diminue pas de plus d'un dixième.

## **Sous-section 2 : Conversion du règlement.**

### **Article R932-4-18**

Lorsque, dans le cadre d'un règlement et lors de deux inventaires successifs, le rapport de la provision technique spéciale à la provision mathématique théorique est inférieur à 1 ou que le quotient de la valeur de service par la valeur d'acquisition de l'unité de rente est inférieur à la limite prévue au premier alinéa de l'article R. 932-4-14, il est procédé à la conversion du règlement.

### **Article R932-4-19**

Lorsque le nombre de participants cotisants à un règlement est ou devient inférieur à 1 000 après l'expiration du délai prévu à l'article R. 932-4-9, il est procédé à la conversion du règlement.

### **Article R932-4-20**

La conversion du règlement entraîne, dans un délai d'un an, la transformation des opérations concernées en opérations de rentes viagères couvertes, intégralement et à tout moment, par des provisions mathématiques.

La part des provisions revenant à chaque participant dans la conversion des opérations considérées détermine la prestation que comporte l'opération d'assurance de substitution. Cette répartition est effectuée sur des bases techniques définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R932-4-21**

En cas de la conversion d'un ou de plusieurs règlements dans les conditions visées aux articles R. 932-4-18 et R. 932-4-19, l'actif est réparti entre les bénéficiaires du ou des règlements considérés dans la limite du total de l'actif constitué pour chacun des règlements.

## **Section 5 : Dispositions relatives aux opérations de retraite professionnelle supplémentaire**

### **Article R932-5-1**

I. - La présente section s'applique aux opérations mentionnées à l'article L. 932-40.

II. - Rapportée à la base de dispersion définie à l'article R. 931-10-22 et appliquée à la comptabilité mentionnée à l'article L. 932-43, l'ensemble des valeurs émises, prêts obtenus ou garantis et dépôts placés auprès des organismes d'un même groupe et admis en représentation des engagements réglementés ne peut dépasser 10 % de ladite base de dispersion.

### **Article R932-5-2**

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 931-10-20, les institutions de prévoyance et leurs unions peuvent, à concurrence de 30 % de leurs engagements relatifs à chaque comptabilité mentionnée à l'article L. 932-43, ne pas couvrir ceux-ci par des actifs congruents.

### **Article R932-5-3**

Les provisions techniques correspondant aux opérations de l'institution de prévoyance ou de l'union au titre des contrats relevant de l'article L. 932-40 sont celles mentionnées aux 1°, 2°, 3°, 4°, 6° et 7° de l'article R. 931-10-17.

Sont inscrits dans le compte mentionné au b de l'article R. 932-6-1 les actifs du contrat et les provisions techniques mentionnées aux 1°, 2°, 3°, 6° et 7° de l'article R. 931-10-17.

### **Article R932-5-4**

L'opération mentionnée à l'article L. 932-47 obéit aux règles fixées à l'article R. 332-63 du code des assurances.

### **Article R932-5-5**

Les tarifs pratiqués par les institutions de prévoyance et leurs unions sont établis d'après des tables de mortalité et des taux définis par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R932-5-6**

I. - Pour l'application de l'article L. 932-41, la valeur de transfert d'un membre participant d'un contrat d'origine ne relevant pas de l'article L. 932-24 au contrat d'accueil ne peut être inférieure à la cotisation unique qui à la date de calcul dudit transfert conduirait par hypothèse à disposer dans le



contrat d'origine des mêmes droits individuels que ceux du membre participant demandant le transfert.

Pour l'application de la règle mentionnée à l'alinéa précédent, la cotisation unique mentionnée au même alinéa est calculée en retenant les taux d'intérêt techniques et les tables utilisées lors de l'établissement du ou des tarifs pratiqués vis-à-vis du membre participant demandant le transfert, et il n'est pas tenu compte des éventuels prélèvements sur cotisations prévus au contrat.

II. - Pour les contrats ne relevant pas du troisième alinéa de l'article L. 932-40, le comité de surveillance mentionné au troisième alinéa de l'article L. 932-41 est composé à parts égales de représentants des salariés et des employeurs.

Nul ne peut être membre du comité de surveillance s'il a fait l'objet de l'une des condamnations ou mesures mentionnées aux 1° à 5° de l'article L. 931-9.

Le comité de surveillance élit son président par un scrutin à bulletin secret.

Le comité de surveillance est composé d'au moins une personne représentant les participants ayant déjà procédé à la liquidation de leurs droits, et d'au moins une personne représentant les participants dont l'adhésion n'est plus obligatoire, mais n'ayant pas transféré leurs droits, sous réserve que le nombre de personnes ainsi représentées appartenant à chacune de ces catégories soit supérieur à un seuil précisé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R932-5-7**

Pour l'application de l'article L. 932-41, le règlement intérieur du comité détermine les possibilités pour ses membres de donner pouvoir, les conditions et les délais de convocation du comité ainsi que les conditions dans lesquelles ce comité délibère. Il prévoit en particulier que chacun de ses membres détient un droit de vote et qu'en cas d'égalité des suffrages le président du comité a voix prépondérante.

Le comité est réuni au moins une fois par an, sur convocation de son président ou d'au moins la moitié de ses membres. L'ordre du jour de la réunion est fixé par l'auteur de la convocation. Il est tenu un procès-verbal et un registre de présence des réunions du comité.

### **Article R932-5-8**

Le comité de surveillance :

1° Emet un avis sur le rapport prévu au dernier alinéa de l'article L. 932-45, lors de son établissement et à chaque modification de celui-ci ;

2° Peut entendre le ou les commissaires aux comptes mentionnés à l'article L. 932-45 sur les

comptes mentionnés au deuxième alinéa de cet article. Ils sont sur cette question déliés à son égard de l'obligation du secret professionnel.

Lorsque le comité de surveillance institué au niveau d'un contrat souhaite entendre le commissaire aux comptes en application de l'article L. 932-41, les informations communiquées sont celles relatives à la comptabilité auxiliaire d'affectation dans laquelle sont enregistrées les opérations de ce contrat, et portent sur les comptes annuels issus de cette comptabilité même si celle-ci regroupe plusieurs contrats de retraite professionnelle supplémentaire.

### **Article R932-5-9**

Le rapport mentionné au dernier alinéa de l'article L. 932-45 peut être intégré dans le rapport mentionné à l'article L. 931-13-1.

### **Article R932-5-10**

Les provisions techniques correspondant aux opérations mentionnées à l'article L. 932-40 sont calculées chaque année par un actuaire et certifiées soit par le ou les commissaires aux comptes de l'institution de prévoyance ou de l'union dans le cadre d'une mission distincte de la mission générale de commissariat aux comptes exercée dans cette institution de prévoyance ou union, soit par un autre actuaire, indépendant de l'institution de prévoyance ou union et agréé à cet effet par l'une des associations d'actuaires reconnues par l'autorité instituée à l'article L. 951-1. L'actuaire ou le ou les commissaires aux comptes vérifie que les provisions, dans le respect des dispositions du présent code applicables à celles-ci, sont constituées de façon suffisamment prudente, en tenant compte le cas échéant d'une marge adéquate pour les écarts défavorables, et que les méthodes et les bases de calcul des provisions techniques restent en général constantes d'un exercice à l'autre. Une modification de ces méthodes peut toutefois être justifiée, dans le respect du présent code, par un changement des données juridiques, démographiques ou économiques sur lesquelles se fondent ces hypothèses.

### **Article R932-5-11**

Toute institution de prévoyance ou union projetant de fournir des services d'institutions de retraite professionnelle sur le territoire d'un autre Etat membre ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, conformément aux dispositions de l'article L. 932-48, notifie son projet à l'Autorité de contrôle prudentiel instituée à l'article L. 951-1 dans les conditions fixées à l'article R. 310-17-1 du code des assurances.

Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel instituée à l'article L. 951-1 exerce la faculté mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 932-43, elle en informe l'autorité compétente de l'Etat dans lequel l'institution de prévoyance ou l'union fournit des services d'institution de retraite professionnelle dans les conditions fixées à l'article R. 310-17-2 du code des assurances.

## **Article R932-5-12**

Les modalités techniques de mise en oeuvre du présent chapitre sont précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

## **Section 6 : Dispositions spécifiques relatives aux comptabilités auxiliaires d'affectation**

### **Article R932-6-1**

Le présent chapitre s'applique aux contrats pour lesquels il est tenu une comptabilité auxiliaire d'affectation ne relevant pas de l'article L. 932-24 ou de l'article L. 144-2 du code des assurances. Il est établi, pour chaque comptabilité auxiliaire :

- a) Un compte de résultat d'affectation ;
- b) Un compte de bilan d'affectation, où sont inscrits les actifs du ou des contrats et ses provisions techniques ;
- c) Une annexe comportant un inventaire des actifs du ou des contrats et un état récapitulatif des opérations mentionnées aux articles R. 932-6-3 et R. 932-6-4 ;
- d) Un tableau des engagements reçus et donnés.

Ces documents sont établis et arrêtés par l'institution de prévoyance ou l'union à chaque fin d'exercice dans les mêmes conditions que ses comptes individuels.

Lorsque le contrat prévoit l'acquisition de droits individuels relatifs à des engagements exprimés en unités de compte, ces droits font l'objet d'un enregistrement comptable distinct de celui mentionné au présent article, comme il est dit à l'article R. 931-10-27.

### **Article R932-6-2**

Les dispositions des articles R. 931-10-22, R. 931-10-23 et du I de l'article R. 931-10-43 s'appliquent séparément à chaque portefeuille de titres et de placements qui fait l'objet d'un enregistrement comptable distinct.

### **Article R932-6-3**

Lorsque les engagements de l'institution de prévoyance ou l'union au titre d'une comptabilité auxiliaire ne sont plus représentés de manière au moins équivalente par les actifs de ce contrat, l'institution de prévoyance ou l'union parfait cette représentation en procédant à l'affectation aux engagements relatifs à cette comptabilité auxiliaire d'actifs représentatifs de ses réserves ou de ses provisions autres que ceux représentatifs de ses engagements réglementés. Ces actifs sont obligatoirement choisis dans les catégories de placements mentionnés à l'article R. 932-6-4.

Ce changement d'affectation d'actifs emporte affectation à la comptabilité auxiliaire du produit des droits attachés à ces actifs, y compris les produits correspondant aux éventuels crédits d'impôts attachés à la détention de ces mêmes actifs. Les actifs ainsi affectés à la comptabilité auxiliaire sont inscrits au bilan mentionné à l'article R. 932-6-1 pour leur valeur de réalisation déterminée conformément aux dispositions de l'article R. 931-10-42. La différence entre cette valeur et la valeur comptable antérieure est le cas échéant constatée dans le compte de résultat de l'institution de prévoyance ou l'union.

Lorsque le niveau de la représentation de ses engagements au titre du ou des contrats le permet, l'institution de prévoyance ou l'union peut réaffecter en représentation de réserves ou de provisions autres que celles relatives à ce ou ces contrats des actifs représentatifs des engagements du contrat choisis dans les catégories d'actifs définies au premier alinéa. Les actifs ainsi réaffectés sont inscrits au bilan pour leur valeur de réalisation déterminée conformément aux dispositions de l'article R. 931-10-42. La différence entre cette valeur et la valeur comptable antérieure inscrite dans le compte de bilan d'affectation est le cas échéant constatée dans le compte de résultat mentionné à l'article R. 932-6-1. La valeur de réalisation cumulée des actifs ainsi réaffectés, à la date de cette réaffectation, ne peut excéder la valeur de réalisation des actifs affectés au ou aux contrats au titre du premier alinéa à la date de cette affectation.

### **Article R932-6-4**

Les placements détenus par l'institution de prévoyance ou l'union en représentation d'engagements autres que ceux relatifs aux contrats mentionnés à l'article R. 932-6-1 ne peuvent changer d'affectation pour être affectés à ces derniers qu'à condition de relever de l'une des catégories de placements définies aux 1°, 2°, 3°, 3° bis, 3° ter, 4°, 5°, 6°, 8° et 16° de l'article R. 931-10-21. Les mêmes dispositions s'appliquent aux placements d'un contrat qui changent d'affectation et sont affectés en représentation d'autres engagements de l'institution de prévoyance ou l'union, y compris ceux relatifs à d'autres contrats mentionnés à l'article R. 932-6-1 ou à l'article L. 932-5-3.

L'enregistrement comptable des opérations mentionnées au premier alinéa est identique à celui qui résulte d'une opération de cession d'actifs pour le portefeuille de placements d'origine et d'une opération concomitante d'acquisition d'actifs pour le portefeuille de placements d'accueil.

### **Article R932-6-5**

Les actifs de chaque contrat sont conservés par un dépositaire unique. Ce dépositaire ouvre au nom de l'institution de prévoyance ou l'union, pour les opérations financières liées à la gestion financière du contrat, un compte espèce et un compte de titres propres à chaque contrat ainsi que tout compte nécessaire à la tenue des positions sur les marchés d'instruments financiers à terme.

Le dépositaire assure la conservation des actifs des contrats qui font l'objet d'un enregistrement comptable distinct tel que prévu à l'article R. 932-6-1, dépouille les ordres de l'institution de prévoyance ou l'union concernant les opérations sur les titres et placements de ce ou ces contrats, y compris ceux relatifs aux changements d'affectation de titres mentionnés aux articles R. 932-6-3 et R. 932-6-4 et exerce les droits de souscription et d'attribution attachés aux titres et aux valeurs de ce ou de ces contrats.

### **Article R932-6-6**

La participation aux bénéfices techniques et financiers est calculée séparément pour chaque portefeuille de titres et de placements qui fait l'objet d'un enregistrement comptable distinct, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R932-6-7**

Le produit des droits attachés aux actifs détenus en représentation des engagements de l'institution de prévoyance ou l'union relatifs à un contrat est intégralement pris en compte, y compris les produits correspondant aux éventuels crédits d'impôts attachés à la détention de ces mêmes actifs, dans la limite de leur récupération.

### **Article R932-6-8**

Dans le cadre des opérations relatives à une comptabilité auxiliaire, l'institution de prévoyance ou l'union ne peut conclure des contrats constituant des instruments financiers à terme au sens de l'article L. 211-1 du code monétaire et financier que dans les cas et les conditions prévues aux articles R. 931-10-48 à R. 931-10-61 du présent code et à condition que ces contrats aient pour seul objet la gestion financière de ces mêmes opérations, à l'exclusion de toute autre opération de l'institution de prévoyance ou l'union.

### **Article R932-6-9**

L'institution de prévoyance ou l'union peut conclure des traités de réassurance portant sur les engagements qu'elle a contractés au titre d'un contrat mentionné à l'article R. 932-6-1, et à condition que ces opérations portent exclusivement sur tout ou partie de la différence entre le montant des prestations effectivement versées au titre de ce contrat et celui des prestations correspondant aux provisions mathématiques avant cession et que l'ensemble de ces opérations portent sur un

engagement total inférieur à 10 % desdites provisions mathématiques.

## **Section 7 : Dispositions transitoires relatives aux institutions de prévoyance issues de la transformation d'une institution de retraite supplémentaire en institution de prévoyance ou ayant fusionné avec une telle institution.**

### **Article R932-7-1**

Les institutions de prévoyance issues de la transformation d'une institution de retraite supplémentaire ou ayant fusionné avec une telle institution bénéficient des dispositions de la présente section au titre des opérations, relatives aux régimes précédemment gérés par l'institution de retraite supplémentaire, mentionnées ci-après :

- a) Constitution et service de rente viagère ou temporaire dont les revalorisations éventuelles ne résultent que de l'intégration aux provisions mathématiques des participations aux excédents du contrat ;
- b) Opérations régies par les dispositions de l'article L. 932-24.

### **Article R932-7-2**

I. # Lorsque, en application des dispositions de l'article L. 941-1, une institution de retraite supplémentaire, pour bénéficier des dispositions de la présente section, dépose une demande en vue de l'agrément en qualité d'institution de prévoyance ou en vue de fusionner avec une institution de prévoyance agréée, doit être fixée, selon l'une des modalités définies à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 931-1, la part de l'engagement de retraite de l'institution de retraite supplémentaire correspondant aux opérations mentionnées à l'article R. 932-7-1 qui reste ou qui est mis à la charge de l'institution de prévoyance.

II. # La fraction de l'engagement de l'institution de retraite supplémentaire correspondant aux droits à retraite liquidés dans le cadre des opérations mentionnées à l'article R. 932-7-1 est intégralement transférée à l'institution de prévoyance.

III. # Par dérogation aux dispositions de l'article R. 931-10-12, les provisions relatives aux engagements restant ou mis à la charge de l'institution de prévoyance peuvent, à concurrence des droits acquis antérieurement au 31 décembre 2008, pour les opérations mentionnées à l'article R. 932-7-1, être constituées dans les conditions mentionnées aux articles R. 932-7-3 à R. 932-7-5.

### **Article R932-7-3**

Lorsque l'institution de prévoyance n'a pas constitué l'intégralité des provisions techniques correspondant à l'ensemble des engagements restant ou mis à sa charge, elle doit, pour obtenir l'agrément, établir un plan de provisionnement pour atteindre, à l'issue d'une période ne pouvant excéder quinze ans à compter de la date du bilan d'ouverture immédiatement postérieur à l'agrément ou à l'approbation de la fusion mentionnés à l'article L. 941-1, un montant de provisions techniques

au moins égal à l'engagement restant ou mis à sa charge.

#### **Article R932-7-4**

Pour les opérations relevant du a de l'article R. 932-7-1, les provisions techniques de l'institution de prévoyance prévues à l'article R. 931-10-17 doivent atteindre, à l'issue de chaque exercice de la période du plan mentionné à l'article R. 932-7-3, un montant au moins égal à la somme de :

- a) La valeur actuelle des engagements correspondant aux droits à retraite déjà liquidés ;
- b) 60 % de la valeur actuelle de l'ensemble des engagements transférés au titre de l'article R. 932-7-2 relatifs aux droits à retraite non liquidés.

A la date du bilan d'ouverture immédiatement postérieur à l'agrément ou l'approbation de la fusion mentionnés à l'article L. 941-1, le taux de couverture des engagements, défini comme le rapport entre les provisions techniques mentionnées ci-dessus et la valeur actuelle des engagements transférés au titre de l'article R. 932-7-2, ne peut être inférieur à 85 %.

Ce taux de couverture doit augmenter annuellement d'un pourcentage au moins égal au rapport entre, d'une part, la différence entre 100 et le taux de couverture observé à la date mentionnée à l'alinéa précédent et, d'autre part, la durée totale, exprimée en années, du plan de provisionnement.

#### **Article R932-7-5**

Pour les opérations relevant du b de l'article R. 932-7-1, le taux de couverture des engagements, défini comme le rapport entre les provisions techniques mentionnées à l'article R. 932-4-4 et la provision mathématique théorique mentionnée à l'article R. 932-4-15, ne peut être inférieur à 85 % à la date du bilan d'ouverture immédiatement postérieur à l'agrément ou l'approbation de la fusion mentionnés à l'article L. 941-1.

Ce taux de couverture doit augmenter annuellement d'un pourcentage au moins égal au rapport entre d'une part la différence entre 100 et le taux de couverture observé à la date mentionnée à l'alinéa précédent et d'autre part la durée totale, exprimée en années, du plan de provisionnement.

#### **Article R932-7-6**

L'institution de prévoyance constitue, conformément aux dispositions de l'article R. 931-10-6, une marge de solvabilité au moins égale à l'exigence minimale calculée en application des dispositions de l'article R. 931-10-7.

Pour le calcul de cette marge, il est tenu compte des provisions techniques effectivement constituées en application des articles R. 932-7-4 et R. 932-7-5.

#### **Article R932-7-7**

Pendant la durée d'application du plan de provisionnement mentionné aux articles R. 932-7-3 à R. 932-7-5, les règlements des opérations collectives et les bulletins d'adhésion, ainsi que les publicités et tous autres documents afférents aux opérations, indiquent, pour les droits qui ne sont pas couverts

intégralement par des provisions techniques suffisantes, la fraction provisionnée des engagements correspondants.

Les institutions de prévoyance indiquent annuellement à chaque membre participant ou bénéficiaire la fraction provisionnée des droits inscrits à son compte.

Le rapport annuel soumis à l'assemblée générale conformément à l'article R. 931-3-31 ainsi que le rapport cité à l'article L. 322-2-4 du code des assurances mentionnent les provisions techniques qui seraient exigibles en vertu des dispositions de droit commun applicables aux opérations mentionnées à l'article R. 932-7-1.

## **Article R932-7-8**

Jusqu'au terme de la période transitoire prévue à l'article R. 932-7-3, toute institution de prévoyance relevant des dispositions de la présente section est tenue de présenter chaque année à l'autorité mentionnée à l'article L. 951-1 le compte-rendu d'exécution de son plan de provisionnement établi dans les conditions prévues aux articles R. 932-7-3 à R. 932-7-5.

## **Chapitre III : Institution de prévoyance appartenant à un groupe**

### **Section 1 : Surveillance complémentaire.**

#### **Article R933-1**

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance qui sont des organismes participants, au sens du 3° de l'article L. 933-2, d'au moins une institution ou union régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, une mutuelle ou une union régie par le livre II du code de la mutualité, une entreprise régie par le code des assurances, une entreprise de réassurance ou d'assurance dont le siège social est situé hors de France disposent d'un système de contrôle interne pour la production de données et informations destinées à permettre la surveillance complémentaire de leur situation financière.

#### **Article R933-2**

Les institutions et unions d'institutions de prévoyance mentionnées à l'article R. 933-1 doivent présenter une solvabilité ajustée positive déterminée selon les modalités précisées à l'article R. 933-3 sur la base des comptes consolidés ou combinés établis conformément aux dispositions de l'article L. 931-34. Toutefois, lorsque ces institutions de prévoyance ou unions sont des organismes participants d'un établissement de crédit, d'une entreprise d'investissement ou d'un établissement financier, elles peuvent, alternativement, présenter une solvabilité ajustée positive selon les modalités précitées aux articles R. 933-9 et R. 933-10.

Toutefois, l'Autorité de contrôle peut dispenser du calcul de la solvabilité ajustée une institution de prévoyance ou une union :



a) Si cette institution de prévoyance ou union d'assurance ou de réassurance est prise en compte pour le calcul de la marge de solvabilité ajustée d'une autre entreprise d'assurance ou de réassurance ayant son siège en France, une mutuelle ou union régie par le livre II du code de la mutualité, ou une institution de prévoyance ou union régie par le livre IX du code de la sécurité sociale à laquelle elle est apparentée ;

b) Si cette institution de prévoyance ou union d'assurance ou de réassurance est apparentée à une société de groupe d'assurance ayant son siège en France, à une union de groupe mutualiste ou à un groupement paritaire de prévoyance et que ces deux organismes sont pris en compte dans le calcul effectué pour un autre organisme apparenté ;

c) Si cette institution de prévoyance ou union d'assurance ou de réassurance est un organisme apparenté soit à une entreprise d'assurance, soit à une entreprise de réassurance, soit à une société de groupe d'assurance qui a son siège social dans un Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen lorsque l'Autorité de contrôle a conclu un accord avec l'autorité compétente de cet Etat pour lui attribuer l'exercice de la surveillance complémentaire.

Dans tous les cas de dispense de calcul de la solvabilité ajustée, l'Autorité de contrôle s'assure au préalable que les éléments admissibles pour la marge de solvabilité des institutions ou unions pris en compte dans le calcul sont répartis de manière adéquate entre ces organismes.

Lorsqu'elle vérifie le calcul de la solvabilité ajustée d'une institution ou d'une union, l'Autorité de contrôle prudentiel peut prendre en compte l'évaluation par une autre autorité compétente de la situation de solvabilité d'un organisme assureur apparenté dont le siège social est situé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

En cas de solvabilité ajustée négative, l'Autorité de contrôle exige de l'institution ou union concernée qu'elle prenne les mesures nécessaires au rétablissement d'une solvabilité ajustée positive.

### **Article R933-3**

La solvabilité ajustée d'une institution ou d'une union participante est la différence entre les éléments admissibles pour la marge de solvabilité calculés à partir des données consolidées ou combinées établies conformément aux dispositions de l'article L. 931-34 et l'exigence de solvabilité calculée à partir des données consolidées ou combinées des organismes assureurs entrant dans le champ de la surveillance complémentaire établies en application de ces mêmes dispositions.

Les éléments admissibles pour la marge de solvabilité de l'institution ou l'union participante pour laquelle la solvabilité ajustée est calculée et ceux pris en compte au titre des organismes apparentés sont ceux mentionnés aux articles R. 931-10-3, R. 931-10-6, R. 931-10-9 et R. 931-10-11-1. Toutefois, des éléments admissibles, notamment les plus-values latentes et les emprunts subordonnés, ne sont pris en compte, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, que dans la mesure où ils peuvent être effectivement rendus disponibles pour couvrir la marge de solvabilité de l'institution ou de l'union participante pour laquelle la solvabilité ajustée est calculée. En outre, sont déduits les participations, créances subordonnées et autres instruments financiers détenus sur des établissements de crédit, des entreprises d'investissement et des établissements financiers, et mentionnés au I de l'article R. 931-10-3.

L'exigence de solvabilité des organismes assureurs inclus dans le calcul de solvabilité ajustée se définit de la manière suivante :

1. Pour une institution de prévoyance ou union exerçant l'activité d'assurance ou de réassurance, elle correspond au montant réglementaire de la marge de solvabilité mentionné aux articles R. 931-10-4, R. 931-10-7, R. 931-10-10 et R. 931-10-11-2 ;

2. Pour une mutuelle ou union relevant du livre II du code de la mutualité, elle correspond au montant réglementaire de la marge de solvabilité mentionné aux articles R. 212-12, R. 212-14, R. 212-16, R. 212-19 et R. 212-20-2 de ce même code ;

3. Pour une entreprise d'assurance agréée en France et soumise au contrôle de l'Etat en application de l'article L. 310-1 du code des assurances, elle correspond au montant réglementaire de la marge de solvabilité décrit aux articles R. 334-5, R. 334-6, R. 334-13, R. 334-14, R. 334-19 et R. 334-20 de ce même code ;

4. Pour une entreprise de réassurance ou pour un organisme assureur dont le siège est situé hors de France, elle correspond à une exigence de solvabilité calculée dans les mêmes conditions que la marge de solvabilité pour les risques assimilables, le résultat ainsi obtenu ne pouvant être inférieur à celui qui serait résulté de l'application de ces règles à un organisme assureur agréé en France ;

5. Pour une institution ou union participante dont les participations sont détenues au travers d'une société de groupe d'assurance, l'exigence de solvabilité ajustée de cette dernière est égale à zéro ;

L'Autorité de contrôle prudentiel peut prendre en compte les exigences de solvabilité et les éléments admissibles pour satisfaire ces exigences retenus par les autorités d'un Etat non membre de la Communauté européenne ou qui n'est pas partie à l'accord sur l'Espace économique européen dans lequel un organisme assureur apparenté ou une entreprise de réassurance a son siège et dont les exigences sont considérées comme équivalentes.

En outre, si une institution de prévoyance ou union applique les normes comptables internationales adoptées par règlement de la Commission européenne, les données consolidées ou combinées prises en compte pour le calcul de sa marge de solvabilité ajustée font l'objet des retraitements strictement nécessaires pour assurer la comparabilité de celle-ci avec la marge de solvabilité ajustée des organismes n'appliquant pas ces normes. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste de ces retraitements et précise les cas et conditions dans lesquels l'Autorité de contrôle peut dispenser une entreprise d'effectuer un ou plusieurs de ces retraitements.

## **Article R933-4**

Lorsque la méthode décrite à l'article R. 933-3 ne permet pas d'obtenir un résultat satisfaisant en raison des structures du groupe concerné, l'Autorité de contrôle prudentiel est autorisée à appliquer, à titre exceptionnel et dérogatoire, l'une des deux méthodes suivantes :

1. Méthode n° 1 : déduction et agrégation la solvabilité ajustée de l'institution ou de l'union participante est la différence entre :

a) La somme des éléments admissibles pour la marge de solvabilité de l'institution ou de l'union participante et de la part proportionnelle de cette dernière dans les éléments admissibles pour la marge de solvabilité de l'organisme assureur apparenté ;

b) La somme de la valeur comptable de l'organisme assureur apparenté dans l'institution ou l'union participante et de la part proportionnelle de l'exigence de solvabilité de l'organisme assureur apparenté.

2. Méthode n° 2 : déduction d'une exigence la solvabilité ajustée de l'institution ou l'union

participante est la différence entre :

- a) La somme des éléments admissibles pour la marge de solvabilité de l'institution ou union participante ;
- b) La somme de l'exigence de marge de solvabilité de l'institution ou l'union participante et de la part proportionnelle de l'exigence de solvabilité de l'organisme assureur apparenté.

Lorsque l'organisme assureur apparenté est une filiale et qu'il présente un déficit de solvabilité, ce déficit de solvabilité doit être pris en compte en totalité dans le calcul de la solvabilité ajustée de l'organisme de référence mentionné au 1° de l'article L. 933-2. Toutefois, dans le cas où la responsabilité de l'organisme de référence détenant une part de capital est limitée, strictement et sans ambiguïté, à cette part de capital, l'Autorité de contrôle prudentiel peut décider d'admettre que le déficit de la filiale est pris en compte sur une base proportionnelle.

Pour le calcul de la solvabilité ajustée en application de ces deux méthodes, les opérations intragroupe sont éliminées d'une manière équivalente à celle prévue pour l'établissement des comptes consolidés ou combinés mentionnés à l'article L. 931-34. En outre, sont déduits des éléments admissibles pour la marge de solvabilité les participations, créances et autres instruments détenus sur des établissements de crédit, des entreprises d'investissement et des établissements financiers mentionnés au I de l'article R. 931-10-3.

Lorsque l'institution de prévoyance ou l'union est un organisme participant d'un établissement de crédit, d'une entreprise d'investissement ou d'un établissement financier, l'Autorité de contrôle prudentiel est également autorisée à appliquer, alternativement à ces deux méthodes, les méthodes définies aux articles R. 933-9 et R. 933-10.

## **Article R933-5**

Les institutions ou unions dont l'organisme de référence mentionné au 1° de l'article L. 933-2 est une société de groupe d'assurance, une compagnie financière holding mixte dont le coordonnateur est l'Autorité de contrôle prudentiel une entreprise soumise au contrôle de l'Etat en application de l'article L. 310-1-1 du code des assurances ou une entreprise d'assurance ou de réassurance dont le siège social est situé dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen doivent justifier d'une solvabilité ajustée positive selon des modalités définies aux articles R. 933-2 à R. 933-4. Dans ce but, elles procèdent à un calcul de la solvabilité ajustée de leur organisme de référence dans les mêmes conditions que celles permettant de déterminer la marge de solvabilité d'une institution ou union participante agréée en France et pratiquant les mêmes opérations.

L'Autorité de contrôle peut dispenser du calcul de la solvabilité ajustée une institution ou une union :

- a) Si cette institution ou union d'assurance ou de réassurance est prise en compte pour le calcul de la marge de solvabilité ajustée d'une autre entreprise d'assurance ou de réassurance ayant son siège en France, une mutuelle ou union régie par le livre II du code de la mutualité, ou une institution de prévoyance ou union régie par le livre IX du code de la sécurité sociale à laquelle elle est apparentée ;
- b) Si cette institution ou union d'assurance ou de réassurance a pour organisme de référence un organisme d'assurance ou de réassurance ou une société de groupe d'assurance ou une compagnie financière holding mixte dont le coordonnateur est l'Autorité de contrôle ayant son siège dans un Etat non partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui est également l'organisme de

référence d'un ou plusieurs autres organismes d'assurance ou de réassurance et qu'il est pris en compte dans le calcul de la marge de solvabilité de l'un de ces autres organismes d'assurance ou de réassurance ;

c) Si cette institution ou union d'assurance ou de réassurance a pour organisme de référence un organisme d'assurance ou de réassurance ou une société de groupe d'assurance ou une compagnie financière holding mixte dont le coordonnateur est l'Autorité de contrôle, et dont le siège social est situé dans un Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, lorsque l'Autorité de contrôle a conclu un accord avec l'autorité compétente de cet Etat pour lui attribuer l'exercice de la surveillance complémentaire.

Si l'Autorité de contrôle prudentiel estime, à partir de ce calcul de solvabilité ajustée, que la solvabilité de l'institution ou union concernée est compromise ou susceptible de l'être, elle exige de celle-ci qu'elle prenne les mesures nécessaires au rétablissement ou au maintien de sa solvabilité.

### **Article R933-6**

Les opérations qu'une institution ou union effectue avec ses organismes apparentés sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle mentionnées à l'article L. 951-1, notamment celles qui portent sur les prêts, les garanties et les opérations hors bilan, les éléments admissibles pour la marge de solvabilité, les investissements, les opérations de réassurance et les accords de répartition des coûts. L'institution ou l'union déclare au moins une fois par an à cette Autorité les opérations importantes mentionnées ci-dessus. L'institution de prévoyance ou l'union se dote en outre de procédures de gestion des risques et de dispositifs de contrôle interne destinés à détecter, mesurer, encadrer et contrôler ces opérations. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale précise les conditions dans lesquelles ces opérations doivent être déclarées.

Si l'Autorité de contrôle prudentiel estime, à partir de l'examen de ces déclarations, que la solvabilité de l'institution ou de l'union est compromise ou susceptible de l'être, elle exige de cette institution ou union qu'elle prenne les mesures nécessaires au rétablissement ou au maintien de sa solvabilité.

### **Article R933-7**

Lorsqu'un groupement paritaire de prévoyance exerce, à titre principal, 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, il est tenu de transmettre à l'Autorité de contrôle prudentiel, dans un délai d'un mois, l'ensemble des informations nécessaires à l'appréciation de l'honorabilité, la compétence et l'expérience de ses dirigeants. La liste de ces informations est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

### **Article R933-8**

Les exigences complémentaires en matière d'adéquation des fonds propres mentionnées à l'article L. 933-4-5 sont déterminées sur la base des comptes consolidés ou combinés du conglomérat financier établis conformément aux dispositions de l'article L. 931-34.

Elles résultent de la différence, calculée selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, entre les fonds propres du conglomerat financier et les exigences de solvabilité relatives aux différents secteurs financiers du conglomerat. Cette différence doit être positive.

## **Article R933-9**

Lorsqu'elle est désignée comme coordonnateur, l'Autorité de contrôle prudentiel peut, après consultation des autres autorités compétentes concernées et du conglomerat financier considéré, faire appliquer, à la place de la méthode prévue à l'article R. 933-8 pour le calcul des exigences complémentaires, l'une des trois méthodes suivantes, si elle lui apparaît plus pertinente au regard des impératifs de la surveillance complémentaire, en raison notamment de la structure du conglomerat financier considéré, ou à la demande de ce dernier.

1° Méthode n° 1 : déduction et agrégation :

Les exigences complémentaires résultent de la différence entre :

- a) D'une part, la somme des fonds propres de toutes les entités du secteur financier ;
- b) Et, d'autre part, la somme des exigences de solvabilité de toutes les entités du secteur financier et de la valeur comptable des participations dans d'autres entités du groupe.

L'exigence de solvabilité d'une entité non réglementée est une exigence notionnelle calculée en application des règles sectorielles qui s'appliqueraient si elle était une entité réglementée du secteur considéré.

La différence doit être positive.

2° Méthode n° 2 : valeur comptable / déduction d'une exigence.

Les exigences complémentaires résultent de la différence entre :

- a) D'une part, les fonds propres de l'organisme de référence ou de l'entité qui se trouve à la tête du conglomerat financier ;
- b) Et, d'autre part, la somme de l'exigence de solvabilité de l'organisme visé au a et de la valeur comptable des participations de celle-ci dans d'autres entités du groupe financier ou des exigences de solvabilité de ces entités, le montant le plus élevé des deux étant retenu.

L'exigence de solvabilité d'une entité non réglementée est une exigence notionnelle calculée en application des règles sectorielles qui s'appliqueraient si elle était une entité réglementée du secteur

considéré.

La différence doit être positive.

3° Méthode n° 3 : combinaison des trois méthodes.

Lorsqu'elle est coordonnateur, l'Autorité de contrôle prudentiel peut, sous les conditions mentionnées au premier alinéa, permettre au conglomérat financier de combiner deux ou trois des méthodes mentionnées à l'article R. 933-8 et au présent article.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les modalités de calcul des fonds propres et des exigences de solvabilité d'une entité qui doivent être retenues dans le cadre de l'application des méthodes n° s 1 à 3.

## **Article R933-10**

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 933-4-13, l'Autorité de contrôle prudentiel peut, lorsqu'elle est désignée comme coordonnateur et si la situation du conglomérat financier en matière d'adéquation des fonds propres le justifie, demander que les exigences complémentaires soient couvertes par des éléments prudentiels admis à la fois par la réglementation applicable au secteur des assurances et par celle applicable au secteur bancaire et des services d'investissement dans les limites propres aux réglementations sectorielles.

## **Article R933-11**

I. - Les entités réglementées appartenant à un conglomérat financier se dotent de procédures coordonnées de gestion des risques et de contrôle interne.

II. - Les procédures de gestion des risques mentionnées à l'alinéa précédent portent sur :

1° L'approbation et l'examen périodique, par les organes dirigeants au niveau du conglomérat financier, des stratégies et politiques conduites pour l'ensemble des risques encourus ;

2° La satisfaction des exigences réglementaires en matière d'adéquation des fonds propres et l'existence de procédures visant à anticiper l'impact des stratégies de développement sur le profil de risques et les exigences en matière de fonds propres ;

3° Des procédures permettant de garantir que les dispositifs de surveillance des risques sont adaptés à l'organisation du conglomérat financier et sur les mesures mises en place au sein de chaque entité, en vue de s'assurer que les risques puissent être mesurés, surveillés et maîtrisés au niveau du conglomérat, sont cohérentes.

III. - Les dispositifs de contrôle interne mis en place doivent permettre :

1° D'identifier et de mesurer tous les risques importants encourus et de déterminer un niveau des fonds propres adapté aux risques ;

2° D'identifier, de mesurer, d'encadrer et de contrôler, par des procédures d'information et de comptabilité appropriées, les transactions intragroupe ainsi que la concentration des risques.

IV. - Les entités réglementées appartenant à un conglomérat financier disposent d'un système de contrôle interne pour la production des données ou informations destinées à permettre leur surveillance complémentaire.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux institutions à caractère paritaire**

#### **Titre 4 : Institutions de gestion de retraite supplémentaire.**

##### **Article R941-1**

Les institutions de gestion de retraite supplémentaire sont régies par les dispositions du présent titre ainsi que par leurs statuts.

##### **Article R941-2**

Toute institution de gestion de retraite supplémentaire est désignée par une dénomination sociale suivie de la mention : "Institution de gestion de retraite supplémentaire régie par le titre IV du livre IX du code de la sécurité sociale".

Cette mention figure obligatoirement dans les statuts de l'institution ainsi que dans tous les documents destinés à ses membres adhérents et participants. Ces documents ne doivent comporter aucune mention susceptible d'induire en erreur sur la nature de l'institution ainsi que sur celle des contrôles exercés sur elle en application des dispositions du présent titre ainsi que du titre V du présent livre.

##### **Article R941-3**

Les statuts des institutions de gestion de retraite supplémentaire mentionnent obligatoirement :

- 1° Que l'institution de gestion de retraite supplémentaire est chargée, à l'exclusion de toute autre opération, d'accomplir, pour le compte de ses entreprises adhérentes, les opérations de gestion administrative relatives aux régimes de retraite supplémentaire ou d'indemnités de fin de carrière ;
- 2° La date de conclusion de l'accord collectif ou la date de ratification par les intéressés du projet d'accord relatif aux régimes de retraite supplémentaire ou d'indemnités de fin de carrière ;
- 3° L'absence de responsabilité, autre que de gestion administrative, de l'institution au titre des engagements résultant de cet accord ou projet d'accord.

##### **Article R941-4**

Les statuts de l'institution de gestion de retraite supplémentaire ainsi que, selon les cas, la convention, l'accord collectif ou le procès-verbal de l'assemblée générale de l'institution approuvant l'accord entre membres adhérents et membres participants sont déposés, dans le mois qui suit leur adoption, auprès du ministre chargé de la sécurité sociale, accompagnés le cas échéant de la



décision de cette autorité approuvant les modifications apportées à son règlement dans les conditions prévues par le VI de l'article 116 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites. A défaut, l'institution de gestion de retraite supplémentaire n'est pas autorisée à fonctionner en cette qualité et les statuts, conventions et accords mentionnés ci-dessus sont inopposables aux membres adhérents et participants.

Les mêmes dispositions s'appliquent pour les modifications apportées aux statuts des institutions de gestion de retraite supplémentaire.

### **Article R941-5**

Les dispositions des articles R. 931-3-24 à R. 931-3-28, R. 931-3-52 à R. 931-3-64, R. 931-4-3 à R. 931-4-6 et R. 931-7-1 à R. 931-7-3 sont applicables aux institutions de gestion de retraite supplémentaire.

### **Article R941-6**

Pour se transformer en institutions de gestion de retraite supplémentaire, les institutions de retraite supplémentaire régies par les dispositions du titre IV du livre IX du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites mettent leurs statuts en conformité avec les dispositions du présent chapitre selon les modalités définies à l'article R. 931-3-30.

## **Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat**

### **Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux institutions à caractère paritaire**

#### **Titre 5 : Contrôle des institutions**

##### **Chapitre 1er : Modalités de contrôle.**

###### **Article R951-1**

Pour l'exercice du contrôle des institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance mentionnées à l'article L. 612-2 du code monétaire et financier, l'Autorité de contrôle prudentiel exerce sa mission dans les conditions prévues au chapitre II du titre Ier du livre VI de la partie réglementaire du code monétaire et financier.

##### **Chapitre 2 : Attributions particulières de l'Autorité de contrôle prudentiel**

###### **Article R951-3-2**

Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel décide, en application du 5 de l'article L. 612-33 du code monétaire et financier, d'engager vis-à-vis d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance la procédure de transfert d'office d'un portefeuille de bulletins d'adhésion à des règlements ou de contrats, cette décision est portée à la connaissance de l'ensemble des institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale et des entreprises d'assurances régies par le code des assurances par un avis publié au Journal officiel. Cet avis fait courir un délai de quinze jours pendant lequel les institutions, unions d'institutions, mutuelles et entreprises d'assurance qui accepteraient de prendre en charge le portefeuille en cause doivent se faire connaître à l'Autorité de contrôle prudentiel.

Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel décide, en application du 5 de l'article L. 612-33 du code monétaire et financier, d'engager vis-à-vis d'une union d'institutions de prévoyance la procédure de transfert d'office d'un portefeuille de bulletins d'adhésion à des règlements ou de contrats, cette décision est d'abord portée à la connaissance des institutions de prévoyance membres de l'union et ensuite selon la procédure prévue à l'alinéa précédent.

L'organisme désigné par l'Autorité de contrôle prudentiel pour prendre en charge le portefeuille de bulletins d'adhésion à des règlements ou de contrats transféré est avisé de cette désignation par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La décision qui prononce le transfert en fixe les modalités et la date de prise d'effet.

### **Article R951-3-3**

En application des dispositions de l'article L. 612-43 du code monétaire et financier, tout organisme soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel doit faire connaître à cette Autorité le nom des commissaires aux comptes qu'il se propose de désigner.

Lorsqu'il informe l'Autorité de contrôle de son intention de désigner comme commissaire aux comptes une société de commissaires aux comptes constituée et inscrite selon les modalités prévues aux articles L. 823-1, L. 823-2 et L. 823-15 du code de commerce, l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance précise le nom du commissaire aux comptes associé, actionnaire ou dirigeant, responsable de la mission au nom de cette entreprise. Il informe l'Autorité de contrôle de toute modification ultérieure de cette situation.

L'Autorité de contrôle dispose d'un délai de deux mois pour faire connaître à l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance son avis sur la proposition de désignation du commissaire aux comptes. En l'absence de réponse dans le délai imparti, l'avis de l'Autorité est réputé favorable.

Si l'Autorité de contrôle l'estime nécessaire, elle peut demander des informations complémentaires par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée soit à l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance concernée soit au commissaire aux comptes proposé. Dans ce dernier cas, l'Autorité en informe l'entreprise d'assurance concernée et fixe, dans sa demande d'informations complémentaires, un délai de réponse, lequel ne peut être inférieur à un mois. Le délai prévu à l'alinéa précédent est alors suspendu jusqu'à la réception des informations complémentaires.

L'Autorité de contrôle prudentiel peut également prendre en compte dans son appréciation les informations relatives au commissaire aux comptes proposé ou, le cas échéant, à la personne responsable de la mission, qui lui sont transmises par l'une des autorités avec lesquelles elle procède à un échange d'information en application de l'article L. 631-1 du code monétaire et financier.

L'avis de l'Autorité de contrôle, s'il est défavorable ou assorti de réserves, ne peut être pris qu'après que le commissaire aux comptes proposé a été invité à faire connaître ses observations. Il est notifié, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, à l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance concernée et au commissaire aux comptes proposé. Une copie de cette notification est adressée à la compagnie régionale dont est membre le commissaire aux comptes.

Les dirigeants de l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance communiquent l'avis de l'Autorité de contrôle à l'organe compétent pour désigner les commissaires aux comptes.

L'avis défavorable ou assorti de réserves est motivé. Il peut notamment être fondé sur le fait que le commissaire aux comptes proposé ne présente pas toutes les garanties d'expérience, de compétence ou d'indépendance nécessaires à l'exercice de ses fonctions compte tenu de la personne responsable de la mission ou de la nature et des caractéristiques de l'activité de l'institution de prévoyance ou l'union d'institution de prévoyance concernée.

## **Chapitre 4 : Sanctions**

## **Article R951-4-1**

Le fait pour tout dirigeant d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance de méconnaître les obligations ou interdictions résultant de l'article R. 612-26 du code monétaire et financier est puni de la peine d'amende prévue pour les contraventions de cinquième classe.

Le fait pour tout dirigeant d'une institution de prévoyance ou d'une union ayant la réassurance pour activité exclusive de méconnaître les obligations ou interdictions résultant des articles R. 931-1-2 et R. 612-26 du code monétaire et financier est puni de la même peine.

La récidive de la contravention prévue au présent article est réprimée conformément à l'article 132-11 du code pénal.

Pour l'application du présent article, sont considérés comme dirigeants d'institutions de prévoyance ou d'unions d'institutions de prévoyance : les membres du conseil d'administration, les directeurs généraux, les directeurs et tout dirigeant de fait d'une institution ou d'une union.