

Décision n° 2005 – 528 DC

LFSS 2006

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2006

Consolidation

Source : services du Conseil constitutionnel

Légende

- ~~texte barré~~ : dispositions supprimées
- texte en gras** : dispositions nouvelles
- [*article XX*] : origine de la modification

SOMMAIRE

CODE DE LA SECURITE SOCIALE.....	17
CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES.....	103
CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.....	115
CODE DES ASSURANCES.....	129
CODE DE COMMERCE.....	130
CODE DE LA CONSTRUCTION ET DE L'HABITATION.....	131
CODE GENERAL DES IMPOTS.....	132
LIVRE DES PROCEDURES FISCALES.....	136
CODE DES PENSIONS CIVILES ET MILITAIRES.....	138
CODE RURAL.....	139
CODE DU TRAVAIL.....	141
LOI N°84-16 DU 11 JANVIER 1984 PORTANT DISPOSITIONS STATUTAIRES RELATIVES A LA FONCTION PUBLIQUE DE L'ÉTAT.....	145

LOI N°84-53 DU 26 JANVIER 1984 PORTANT DISPOSITIONS STATUTAIRES RELATIVES A LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE	148
LOI N°86-33 DU 9 JANVIER 1986 PORTANT DISPOSITIONS STATUTAIRES RELATIVES A LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE	152
LOI N°89-1009 DU 31 DECEMBRE 1989 RENFORÇANT LES GARANTIES OFFERTES AUX PERSONNES ASSUREES CONTRE CERTAINS RISQUES.....	156
LOI N° 98-1194 DU 23 DECEMBRE 1998 DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 1999	157
LOI N° 2000-37 DU 19 JANVIER 2000 RELATIVE A LA REDUCTION NEGOCIEE DU TEMPS DE TRAVAIL.....	158
LOI N° 2003-1199 DU 18 DECEMBRE 2003 DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2004	159
ORDONNANCE N° 2002-149 DU 7 FEVRIER 2002 RELATIVE A L'EXTENSION ET LA GENERALISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES ET A LA PROTECTION SOCIALE DANS LA COLLECTIVITE DEPARTEMENTALE DE MAYOTTE.....	164
LOI N° 2004-626 DU 30 JUIIN 2004 RELATIVE A LA SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES	166
LOI N° 2004-810 DU 13 AOUT 2004 RELATIVE A L'ASSURANCE MALADIE	167
LOI N° 2004-1370 DU 20 DECEMBRE 2004 DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2005	169

Table des matières

CODE DE LA SECURITE SOCIALE.....	17
Livre 1 - Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base	
.....	17
Titre 1 - Généralités.....	17
Chapitre 1 ter - Objectifs de dépenses et de recettes.....	17
- Article L. 111-11 [modifié par l'article 69 (ex 44)].....	17
Chapitre 4 bis - Organisation comptable.....	17
- Article L. 114-8 [créé par l'article 31-I (ex 24-I)].....	17
Chapitre 4 ter - Contrôle et lutte contre la fraude [inséré par l'article 92-I (ex 57, I)] ..	18
- Article L. 114-9 [inséré par l'article 92-I (ex 57, I)].....	18
- Article L. 114-10 [inséré par l'article 92-I (ex 57, I)].....	18
- Article L. 114-11 [inséré par l'article 92-I (ex 57, I)].....	18
- Article L. 114-12 [inséré par l'article 92-I (ex 57, I)].....	18
- Article L. 114-13 [inséré par l'article 92-I (ex 57, I)].....	19
- Article L. 114-14 [inséré par l'article 92-I (ex 57, I)].....	19
- Article L. 114-15 [inséré par l'article 92-I (ex 57, I)].....	19
- Article L. 114-16 [inséré par l'article 92-I (ex 57, I)].....	19
- Article L. 114-17 [inséré par l'article 92-I (ex 57, I)].....	19
Chapitre 5 - Dispositions diverses.....	20
- Article L.115-2 [abrogé par l'article 92-VI (ex57, VI)].....	20
Titre 2 - Administration, fonctionnement et personnel des organismes.....	21
Chapitre 2 - Directeur et agent comptable.....	21
- Article L. 122-2 [créé par l'article 32 (ex 24)].....	21
- Article L. 122-3 [créé par l'article 32 (ex 24)].....	21
- Article L. 122-4 [créé par l'article 32 (ex 24)].....	21
- Article L. 122-5 [créé par l'article 32 (ex 24)].....	21
Titre 3 - Dispositions communes relatives au financement.....	22
Chapitre 3 - Recouvrement des cotisations.....	22
Section 3 - Dispositions diverses.....	22
- Article L. 133-4 [modifié par les articles 43-VI (ex 30-VII) et 93 (57 bis)].....	22
- Article L. 133-4-2 [créé par l'article 25-I (ex 17-I)].....	22
Chapitre 4 - Compensation.....	23
Section 6 - Application de la compensation au régime d'assurance vieillesse des ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses	
.....	23
- Article L. 134-14 [abrogé par l'article 75- VI (ex 45, VI)].....	23
Chapitre 5 - Fonds de solidarité vieillesse.....	23
- Article L. 135-2 [modifié par l'article 76-II (ex 46-II)].....	23
Chapitre 6 - Contribution sociale généralisée.....	24
Section 3 - De la contribution sociale sur les produits de placement.....	24
- Article L. 136-7 [modifié par l'article 10, I].....	24
Chapitre 7 : Recettes diverses.....	26
Section 3 : Contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur.....	26
- Article L. 137-7 [modifié par l'article 22-I 1° (ex15bis, I, 1°)].....	26
Chapitre 8 - Contributions à la charge des entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs	

<i>spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique</i>	27
Section 2 - Contribution <i>Contributions à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique [intitulé modifié par l'article 21-I (ex 15-I)]</i>	27
- Article L. 138-10 [modifié par l'article 21-II (ex15-II)]	27
Chapitre 8 bis – <i>Dispositions communes aux contributions recouvrées par les organismes de recouvrement du régime général</i>	29
- Article L. 138-20 [modifié par l'article 22-I 2° (ex15bis, I, 2°)]	29
Titre 6 - <i>Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales</i>	30
Chapitre 1er - <i>Dispositions relatives aux prestations</i>	30
Section 1 – <i>Bénéficiaires</i>	30
Sous-section 1 - <i>Dispositions communes</i>	30
- Art. L. 161-1-4 [créé par l'article 92-III (ex 57, II)]	30
Sous-section 2 - <i>Assurances maladie-maternité-décès</i>	30
- Article L. 161-2-1 [modifié par l'article 92-V (ex57, V)]	30
- Article L. 161-9-1 [abrogé par l'article 87-VII (ex 53- VI bis)]	31
- Article L. 161-9-2 [modifié par l'article 87-VII (ex 53- VI bis)]	31
- Art. L. 161-13-1 [créé par l'article 34-I (ex 26-I)]	31
Chapitre 1 bis - <i>Haute Autorité de santé</i>	31
- Article L. 161-38 [modifié par l'article 39 (ex 27 bis)]	31
Chapitre 2 - <i>Dispositions générales relatives aux soins</i>	32
- Article L. 162-1-7 [pour info]	32
- Art. L. 162-1-7-1 [créé par l'article 37, I (ex 27, I)]	32
- Article L. 162-1-10 [modifié par l'article 47 (ex 31 bis)].....	32
- Art. L. 162-1-12 [modifié par l'article 38-III (ex 27 bis A, III)]	33
- Art. L. 162-1-14 [modifié par l'article 92-II (ex 57- I bis)].....	33
Section 1 - <i>Médecins</i>	34
- Art. L. 162-2-2 [créé par l'article 37-II (ex 27-II)]	34
Sous-section 1 - <i>Dispositions relatives aux relations conventionnelles</i>	34
- Article L. 162-5-3 [modifié par l'article 37-III (ex 27-III)]	34
- Art. L. 162-5-4 [inséré par l'article 42 (ex 29)]	34
Sous-section 3 : <i>dispositions diverses</i>	35
- Art. L. 162-5-13 [modifié par l'article 54-V (ex 36bis V)]	35
Section 2.2 - <i>Accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins</i>	35
- Article L. 162-12-18 [modifié par l'article 60-II-2 (ex 39, I bis)]	35
Section 3.1- <i>Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3</i>	36
- Article L. 162-14-1 [modifié par les articles 37-V (ex 27-V) et 42 II (ex 2- II)]..	36
Sous-section 3 - <i>Dispositions diverses</i>	37
- Article L. 162-15-4 [modifié par l'article 36 (ex 26 ter)]	37
Section 4 : <i>Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques</i>	38
- Article L. 162-16-7 [créé par l'article 48-V (ex 32-IX)].....	38
Section 5 - <i>Etablissements de soins</i>	38
Sous-section 2 - <i>Frais d'hospitalisation afférents aux activités de soins de suite ou de réadaptation et aux activités de psychiatrie de certains établissements de santé privés</i>	38
- Article L. 162-22-2 [modifié par l'article 68 (ex 43 bis)].....	38
Sous-section 3 - <i>Frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé</i>	39
- Article L. 162-22-7 [modifié par l'article 43-VII (ex 30-VII)].....	39
- Art. L. 162-22-7-1 [créé par l'article 40 (ex 28)]	39

- Art. L. 162-22-13 [modifié par l'article 45 (ex 30 ter)]	39
Section 8 : Dispositions diverses	40
- Article L. 162-36 [modifié par l'article 92-VI (ex 57-VI)]	40
Section 10 - Organisation des soins	41
Sous-section 1 – Réseaux	41
- Article L. 162-43 [modifié par l'article 50-III (ex 33-III)]	41
Chapitre 5 : Dispositifs médicaux à usage individuel	41
- Article L. 165-6 [modifié par l'article 54-VII (ex 36bis VIbis)]	41
Titre 7 - Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes	42
Chapitre 4 - Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements	42
Section 1 - Dotation annuelle de financement et forfait journalier	42
- Article L. 174-4 [modifié par l'article 56 (ex 37)]	42
Section 2 - Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les unités ou centres de long séjour	42
- Article L. 174-5 [modifié par l'article 46-II (ex 31-II)]	42
Section 3 - Dépenses afférentes aux soins dispensés dans certains établissements sociaux	43
- Article L. 174-9-1 [modifié par l'article 50-III 2° (ex 33-III 2°)]	43
Titre 8 : Diverses dispositions – dispositions d'application	44
Chapitre 2 bis : Union nationale des caisses d'assurance maladie – Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire – Union nationale des professionnels de santé	44
Section 1 : Union nationale des caisses d'assurance maladie	44
- Article L. 182-2 [modifié par l'article 70-III (ex 44bis A, III)]	44
- Article L. 182-2-4 [modifié par l'article 48-V (ex 32-IX)]	44
Section 2 : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire	45
- Article L. 182-3 [modifié par l'article 55 (ex 36ter) et 70-III (ex 44bis A III)]	45
Section 3 : Union nationale des professionnels de santé	45
- Article L. 182-4 [modifié par l'article 37-VI (ex 27-VI)]	45
Livre 2 – Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses	46
Titre 1 - Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale	46
Chapitre 6 - Constitution et groupement des caisses	46
Section 3 - Dispositions diverses	46
- Article L. 216-6 [abrogé par l'article 92-VI (ex 57, VI)]	46
Titre 2 - Organismes nationaux	46
Chapitre 1er - Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	46
- Article L. 221-1-1 [issu de l'art. 25 de la LFSS pour 1999, inséré par l'article 60-I (ex 39-I)]	46
Chapitre 2 – Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés	47
- Article L. 222-6 [modifié par l'article 80 (ex 48 ter)]	47
- Article L. 222-7 [créé par l'article 79 (ex 48 bis)]	48
Chapitre 3 - Caisse nationale des allocations familiales	48
- Article L. 223-1 [modifié par l'article 90 (ex 55)]	48
Titre 4 - Ressources	50
Chapitre 1er - Généralités	50
Section 1 : Assurances sociales	50
Sous-section 1 : Assurance maladie, maternité, invalidité et décès	50
- Article L. 241-2 [modifié par l'article 23-I (ex 15 ter-I)]	50
Section 4 - Dispositions communes	50
- Article L. 241-15 [créé par l'article 14-I (ex 13-I)]	50

Chapitre 2 - Assiette, taux et calcul des cotisations.....	51
Section 1 - Cotisations assises sur les rémunérations ou gains versés aux travailleurs salariés et assimilés	51
- Article L. 242-1 [modifié par les articles 14-II (ex 13-II) et 16 (ex 13 ter A)]	51
- Article L. 242-1-1 [créé par l'article 25-II (ex 17-II)].....	52
Chapitre 3 - Recouvrement - Sûretés - Prescription - Contrôle	53
Section 4 - Contrôle	53
- Article L. 243-11 [modifié par les articles 25- III (ex 17-III) et 92-VI (ex 57- VI)].....	53
- Article L. 243-12 [modifié par l'article 92-VI (ex 57-VI)].....	53
- Article L. 243-12-1 [créé par l'article 25-IV (ex 17-IV)]	53
- Article L. 243-12-2 [créé par l'article 25-IV (ex 17-IV)]	53
- Article L. 243-12-3 [créé par l'article 25-IV (ex 17-IV)]	53
- Article L. 243-13 [abrogé par l'article 92-VI (ex 57, VI)].....	53
- Article L. 243-13-1 [abrogé par l'article 92-VI (ex 57, VI)]	54
Chapitre 5 - Ressources autres que les cotisations.....	55
Section 2 - Contribution à la charge des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1	55
- Article L. 245-5-1 [modifié par l'article 21-IV (ex 15-IV)]	55
- Article L. 245-5-2 [modifié par l'article 21-V (ex 15-V)].....	55
Section 2 bis - Contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie.....	56
- Article L. 245-6 [modifié par l'article 21-VI (ex 15-Vbis)]	56
Titre 5 - Régime financier	56
Chapitre 6 - Dispositions communes - Dispositions diverses.....	56
- Article L. 256-5 [abrogé par l'article 92-VI (ex 57, VI)].....	56
Livre 3 - Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général.....	57
Titre 1 - Généralités	57
Chapitre 1er - Champ d'application des assurances sociales	57
- Article L. 311-3 [modifié par l'article 18 (ex 13 quater)]	57
- Article L. 311-5 [modifié par l'article 34-II (ex 26-II)].....	58
Chapitre 4 – Dispositions relatives aux soins pris en charge par l'assurance maladie.....	59
- Article L. 314-1 [modifié par l'article 94 (ex 57 ter)]	59
Chapitre 5 – Contrôle médical.....	60
- Article L. 315-1 [modifié par l'article 43-VIII (ex 30-VIII)]	60
Titre 2 - Assurance maladie	61
Chapitre 2 : Prestations en nature.....	61
Section 1 : participation de l'assuré	61
- Article L. 322-2 [modifié par l'article 70-I (ex 44bis A-I)]	61
- Article L. 322-3 [modifié par l'article 70-II (ex 44bis A II)]	62
Chapitre 3 - Prestations en espèces	63
- Article L. 323-4 [modifié par l'article 34-III (ex 26-III)]	63
Titre 3 - Assurance maternité et congé de paternité	64
Chapitre 3 – Prestations en espèces	64
- Article L. 331-3 [modifié par l'article 73-I (ex 44 ter I)].....	64
Chapitre 3 - Allocations versées aux femmes dispensées de travail.....	64
- Article L. 333-3 [modifié par l'article 87-V (ex 53- V)]	64
Titre 5 – Assurance vieillesse – Assurance veuvage.....	65
Chapitre 7 – Régime applicable dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.....	65

Section 1 : Pension de vieillesse	65
- Article L. 357-4 [modifié par l'article 74, 2° (ex 45 A 2°)]	65
Section 3 : Pension de veuve et de veuf.....	65
- Article L. 357-12 [modifié par l'article 74, 1° (ex 45 A 1°)]	65
Titre 6 - Assurance décès	65
Chapitre 1er - Dispositions générales	65
- Article L. 361-2 [modifié par l'article 34-IV (ex 26-III bis)]	65
Titre 7 - Dispositions diverses.....	66
Chapitre 6 - Recours des caisses contre les tiers.....	66
- Article L. 376-1 [modifié par l'article 15 (ex13 bis)]	66
Chapitre 7 - Pénalités	67
- Article L. 377-1 [abrogé par l'article 92-VI (ex 57, VI)].....	67
Titre 8 - Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général - Dispositions d'application du livre 3.....	68
Chapitre préliminaire - Personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence en France.....	68
- Article L. 380-2 [modifié par l'article 92-IV (ex 57-III)]	68
Chapitre 1er - Personnes rattachées au régime général pour certains risques ou charges. 68	
Section 1 - Bénéficiaires du complément familial, de la prestation d'accueil du jeune enfant - Personnes assumant la charge d'un handicapé.....	68
- Article L. 381-1 [modifié par l'article 87-III (ex 53, III)]	68
Section 4 : Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses Abrogé par l'article 75-VI (ex 45-VI).....	70
(Soit les articles L. 381-12 à 381-18-1)	70
Sous-section 1 : Dispositions générales.....	70
- Article L. 381-12 [devient L. 382-15 et L. 382-21, modifié par l'article 75-V-A (ex 45-V-A)]	70
- Article L. 381-14 [devient L. 382-19 par l'article 75-V-A 5° (ex 45-V-A)]	70
- Article L. 381-15 [devient L. 382-20 par l'article 75-V-A 5° (ex 45-V-A)]	70
Sous-section 5 : Cotisations	70
- Article L. 381-17 [devient L. 382-22 par l'article 75-V-B 2° (ex 45-V-B)]	70
Sous-section 6 : Dispositions d'application.....	70
- Article L. 381-18 [devient L. 382-23 par l'article 75-V-B 2° (ex 45-V-B)]	70
Sous-section 9 : Assurance invalidité	70
- Article L. 381-18-1 [devient L. 382-24 par l'article 75-V-C° (ex 45-V-C)].....	70
Section 9 - Détenus.....	71
Sous-section 1 - Assurances maladie et maternité.....	71
- Article L. 381-30-1 [modifié par l'article 34-VI (ex 26-V)]	71
Chapitre 2 - Personnes rattachées au régime général pour l'ensemble des risques et charges : artistes auteurs [intitulé modifié par l'article 75-I (ex 45-I)]	72
Section 1 - Champ d'application Artistes auteurs	72
[intitulé modifié par l'article 75-II (ex 45, II)]	72
Sous-section 1 - Champ d'application	72
- Article L. 382-1 [déplacé par l'article 75-III (ex 75-III)].....	72
Sous-Section 2 - Organismes agréés et commissions [plan modifié par l'article 75-IV (ex 45 IV)]	72
Sous-Section 4 – Cotisations [plan modifié par l'article 75-IV (ex 45 IV)]	72
Sous-Section 5 – Prestations [plan modifié par l'article 75-IV (ex 45 IV)]	72
Sous-Section 6 – Régimes complémentaires [plan modifié par l'article 75-IV (ex 45 IV)]	72
Sous-Section 7 - Dispositions diverses - Dispositions d'application [plan modifié par l'article 75-IV (ex 45 IV)]	72

Section 2 - Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses [section créée par l'article 75-V (ex 45- V)].....	73
Sous-section 1 - Dispositions générales [créée par l'article 75-V-A (ex 45- V-A)]	73
- Article L. 382-15 [3 premiers alinéas de l'ancien article L. 381-12, modifié par l'article 75-V-A (ex45, V, A)]	73
- Article L. 382-16 [ancien article L. 721-15-1 modifié par l'article 75 (ex45, V, A, 2°)]	73
- Article L. 382-17 [ancien article L. 721-2, modifié par l'article 75 (ex45, V, 3°)] 73	
- Article L. 382-18 [ancien article L. 721-8-1, modifié par l'article 75 (ex 45, V, 4°)]	74
- Article L. 382-19 [ancien article L. 381-14, modifié par l'article 75-V-A 5° (ex 45-V-A 5°)].....	74
- Article L. 382-20 [ancien article L. 381-15, numéroté par l'article 75-V-A 5° (ex 45-V-A 5°)]	74
Sous-section 2 - Assurance maladie [section créée par l'article 75-V-B (ex 45- V-B)]	74
- Article L. 382-21 [5 derniers alinéas de l'ancien article L. 381-12, modifié par l'article 75 (ex 45, B, 1°)]	74
- Article L. 382-22 [ancien article L. 381-17, modifié par l'article 75 (ex 45, V, B, 2° et 3°)]	74
- Article L. 382-23 [ancien article L. 381-18, modifié par l'article 75 (ex45, V, B, 2°)]	75
Sous-section 3 - Assurance invalidité [section créée par l'article 75-V-C (ex 45- V-C)]	75
- Article L. 382-24 [ancien article L. 381-18-1, modifié par l'article 45, V, C]	75
Sous-section 4 - Assurance vieillesse [section créée par l'article 75-V-D (ex 45- V-D)]	75
- Article L. 382-25 [ancien article L. 721-3, modifié par l'article 45, V, D, 1°]	75
- Article L. 382-26 [ancien article L. 721-5-1, modifié par l'article 45, V, D, 2°] ..	76
- Article L. 382-27 [ancien article L. 721-6, modifié par l'article 45, V, D, 3°]	76
- Article L. 382-28 [ancien article L. 721-7, modifié par l'article 45, V, D, 4°]	76
- Article L. 382-29 [ancien article L. 721-8, modifié par les articles 75 (ex 45, V, D, 5°) et 92-VI (ex 57-VI)]	76
- Article L. 382-30 [ancien article L. 721-15, modifié par l'article 45, V, D, 6°]	76
Livre 4 - Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches).....	77
<i>Titre 5 - Faute de l'assuré ou d'un tiers</i>	77
<i>Chapitre 4 - Faute d'un tiers</i>	77
- Article L. 454-1 [modifié par l'article 15 (ex 13bis)]	77
<i>Titre 7 – Sanctions</i>	79
- Article L. 471-3 [abrogé par l'article 92-VI (ex 57, VI)].....	79
<i>Titre 8 - Dispositions communes avec d'autres branches - Dispositions diverses et d'application</i>	79
<i>Chapitre 1er - Dispositions communes aux assurances sociales et aux accidents du travail</i>	79
<i>Section 1 - Prise en charge des frais de préorientation, d'éducation ou de rééducation professionnelle des travailleurs handicapés et des victimes d'accident du travail</i>	79
- Article L. 481-2 [Attention : abrogé et modifié par l'article 92-VI (ex 57, VI)]... 79	
Livre 5 - Prestations familiales et prestations assimilées.....	80
<i>Titre 1 - Champ d'application - Généralités</i>	80
<i>Chapitre 1er - Liste des prestations</i>	80

- Article L. 511-1	[modifié par l'article 87-I (ex 53, I)]	80
Chapitre 2 – Champ d'application		80
- Article L. 512-2	[modifié par l'article 89 (ex 54 bis)]	80
Titre 3 - Prestation d'accueil du jeune enfant		81
Chapitre 1er - Dispositions générales relatives à la prestation d'accueil du jeune enfant		81
- Article L. 531-4	[modifié par l'article 86-I (ex 52-I)]	81
Chapitre 2 - Dispositions relatives au cumul avec d'autres prestations		83
- Article L. 532-2	[modifié par l'article 86-II (ex 52-II)]	83
Titre 4 - Prestations à affectation spéciale		84
Chapitre 4 – Allocation de présence parentale Allocation journalière de présence parentale		[Chapitre modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]
- Article L. 544-1	[modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]	84
- Article L. 544-2	[modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]	84
- Article L. 544-3	[modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]	84
- Article L. 544-4	[modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]	85
- Article L. 544-5	[modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]	85
- Article L. 544-6	[modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]	85
- Article L. 544-7	[modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]	85
- Article L. 544-8	[modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]	86
- Article L. 544-9	[créé par l'article 87-II (ex 53- II)]	86
Titre 5 - Dispositions communes		87
Chapitre 2 - Service des prestations		87
- Article L. 552-1	[modifié par les articles 86-III (ex52, III) ; et 87-V (ex53- V)]	87
Chapitre 4 - Pénalités		88
- Article L. 554-1	[abrogé par l'article 92-VI (ex 57, VI)]	88
Livre 6 - Régimes des travailleurs non salariés		89
Titre 2 - Généralités relatives aux organisations autonomes d'assurance vieillesse		89
Chapitre 3 - Dispositions communes à l'ensemble des régimes d'assurance vieillesse		89
- Article L. 623-1	[modifié par l'article 92-VI (ex57- VI)]	89
Titre 4 - Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales		89
Chapitre 5 - Avantages complémentaires ouverts aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés		89
Section 1 - Dispositions générales		89
- Article L. 645-1	[modifié par l'article 77-I (ex 47, I)]	89
- Article L. 645-2	[modifié par l'article 77-I (ex 47, I)]	90
- Article L. 645-3	[modifié par l'article 77-I (ex 47, I)]	90
- Article L. 645-4	[modifié par l'article 77-I (ex 47, I)]	91
- Article L. 645-5	[modifié par l'article 77-I (ex 47, I)]	91
Section 2 - Compensation		92
- Article L. 645-6	[modifié par l'article 77-II (ex 47- II)]	92
Titre 5 - Dispositions communes à l'assurance maladie, maternité et à l'assurance vieillesse		92
Chapitre 1er - Contributions d'équilibre		92
Section 1 - Contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés		92
- Article L. 651-1	[modifié par l'article 19- I (ex 14-I)]	92
- Article L. 651-3	[modifié par l'article 19-II (ex 14- II)]	93
Livre 7 - Régimes divers - Dispositions diverses		95
Titre 2 - Régimes divers de non-salariés et assimilés		95
Chapitre 1er – Régime des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses		[abrogé par l'article 75 (ex 45, VII)]
Soit les articles L. 721-1 à L. 721-18		95
- Article L. 721-2	[devient L. 382-17 par l'article 75-V-A-c)-3° (ex 45)]	95

- Article L. 721-3 [devient L. 382-25 par l'article 75-V-D 1° (ex 45)]	95
- Article L. 721-5-1 [devient L. 382-26 par l'article 75-V-D 2° (ex 45)]	95
- Article L. 721-6 [devient L. 382-27 par l'article 75-V-D 3° (ex 45)]	95
- Article L. 721-7 [devient L. 382-28 par l'article 75-V-D 4° (ex 45)]	95
- Article L. 721-8 [devient L. 382-29 par l'article 75-V-D 5° (ex 45)]	95
- Article L. 721-8-1 [devient L. 382-18 par l'article 75-V-A-c)-4° (ex 45)]	95
- Article L. 721-15 [devient L. 382-30 par l'article 75-V-D 6° (ex 45)]	95
- Article L. 721-15-1 [devient L. 382-16 par l'article 75-V-A-c)-2° (ex 45)]	95
Titre 5 - Départements d'outre-mer	96
Chapitre 5 - Prestations familiales et prestations assimilées	96
Section 14 - Allocation de présence parentale Allocation journalière de présence parentale [intitulé modifié par l'article 87-VI (ex 53- VI)]	96
- Article L. 755-33 [modifié par l'article 87-V (ex 53-V)]	96
Livre 8 - Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé	97
Titre 1 - Allocations aux personnes âgées	97
Chapitre 5 ter - Complément de retraite [abrogé par l'article 76-I (ex 46-I)]	97
- Article L. 815-30	97
Chapitre 6 - Dispositions diverses	97
- Article L. 816-1 [modifié par l'article 76-III (ex 46, III)]	97
Titre 2 - Allocation aux adultes handicapés	98
- Article L. 821-5 [modifié par l'article 92-VI (ex 57-VI)]	98
Titre 6 - Protection complémentaire en matière de santé	98
Chapitre 1 - Dispositions générales	98
- Art. L. 861-3 [modifié par l'article 54-VI et VII (ex 36bis VI et VIbis)]	98
- Article L. 861-10 [modifié par l'article 92-VI (ex 57, VI)]	99
Chapitre 2 - Dispositions financières	99
- Article L. 862-3 [modifié par l'article 23-II (ex 15 ter II)]	99
- Article L. 862-4 [modifié par l'article 53-I (ex 36-I)]	100
Chapitre 3 - Crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels	100
- Article L. 863-1 [modifié par l'article 53-II (ex 36-II)]	100
Titre 7 - Contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire de santé bénéficiant d'une aide [intitulé modifié par l'article 54 (ex 36 bis)]	101
- Article L. 871-1 [Crée par le I de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ; le II précise l'entrée en vigueur, modifié par l'article 54-II (ex 36bis-II)]	101
Livre 9 - Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux institutions à caractère paritaire	102
Titre 2 - Dispositions relatives aux retraites complémentaires obligatoires, aux institutions de retraite complémentaire et à leurs fédérations	102
Chapitre 1 - Dispositions relatives à la généralisation de la retraite complémentaire des salariés	102
- Article L. 921-1 [modifié par l'article 45, VII]	102

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES..... 103

Livre Ier - Dispositions générales..... 103

Titre IV - Institutions..... 103

Chapitre X – Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie..... 103

- Article L. 14-10-5 [modifié par l'article 51-I (ex 34-I)]..... 103

Livre II – différentes formes d'aide et d'action sociales..... 105

Titre IV – Personnes handicapées..... 105

Chapitre IV – Allocation aux adultes handicapés..... 105

- Article L. 244-1 [modifié par l'article 92-VI (ex 57-VI)]..... 105

Chapitre V – Prestation de compensation..... 105

- Article L. 245-6 [modifié par l'article 71 (ex 44 bis B)]..... 105

Titre VI – Lutte contre la pauvreté et les exclusions..... 105

Chapitre II – Revenu minimum d'insertion..... 105

Section 5 – Recours et récupération..... 105

- Article L. 262-46 [abrogé par l'article 92-VI (ex 57-VI)]..... 105

Livre III - Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services 106

Titre Ier – Etablissements et services soumis à autorisation..... 106

Chapitre II – Organisation de l'action sociale et médico-sociale..... 106

Section 1 - Etablissements et services sociaux et médico-sociaux..... 106

- Article L. 312-1 [modifié par l'article 50-IV^{1°} (ex 3- IV 1°)]..... 106

Chapitre III – Droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux..... 108

Section 1 - Autorisations..... 108

- Article L. 313-1 [modifié par l'article 50-IV et V (ex 33 IV et V)]..... 108

- Article L. 313-4 [modifié par l'article 50-IV 3°(ex 33-IV 3°)]..... 108

- Article L. 313-8 [modifié par l'article 50-IV 4° (ex 33-IV 4°)]..... 109

Chapitre 3 – Droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux..... 110

Section 3 : Contrats et conventions pluriannuels..... 110

- Article L. 313-12 [modifié par l'article 48-I (ex 32-I)]..... 110

Chapitre IV – Dispositions financières..... 111

Section 2 - Règles budgétaires et de financement..... 111

- Article L. 314-3-1 [modifié par les articles 46-I (ex 31-I) et 51-II (ex 34-II)] 111

- Article L. 314-3-2 [créé par l'article 50-IV 5°(ex 33-IV 5°)]..... 111

- Article L. 314-3-3 [créé par l'article 50-IV 5°(ex 33-IV 5°)]..... 112

- Article L. 314-7 [modifié par l'article 50-IV 6° (ex 33-IV 6°)]..... 112

- Article L. 314-8 [modifié par les articles 48-II (ex 32-II) et 50 IV et V (ex 33, IV et V)]..... 113

Livre IV : Professions et activités d'accueil 114

Titre IV : Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées..... 114

Chapitre III : Dispositions communes..... 114

Article L. 443-12 [modifié par l'article 12 (ex 11 bis)]..... 114

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE..... 115

Première partie - Protection générale de la santé 115

Livre Ier - Protection des personnes en matière de santé..... 115

<i>Titre Ier – Droits des personnes malades et des usagers du système de santé</i>	115
<i>Chapitre Ier – Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté</i>	115
<i>Section 1 : Principes généraux</i>	115
- Article L. 1111-8 [modifié par l'article 92-IX (ex 57-IX)].....	115
<i>Titre II – Recherche biomédicales</i>	117
<i>Chapitre Ier –Principes généraux</i>	117
- Article L. 1121-1 [modifié par l'article 49 (ex 32 bis)]	117
<i>Titre IV – Réparation des conséquences des risques sanitaires</i>	118
<i>Chapitre II – Risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé</i>	118
<i>Section 4 - Indemnisation des victimes</i>	118
- Article L. 1142-23 [modifié par l'article 52 (ex35)].....	118
Deuxième partie - Santé de la famille, de la mère et de l'enfant	119
Livre Ier - Protection et promotion de la santé maternelle et infantile	119
<i>Titre III – Actions de prévention concernant l'enfant</i>	119
<i>Chapitre II – Carnet de santé et examens obligatoires</i>	119
- Article L. 2132-2-1 [modifié par l'article 38-I (ex 27bis A, I)]	119
<i>Chapitre III – Alimentation, publicité et promotion</i>	120
- Article L. 2133-1 [modifié par l'article 57 (ex 38)].....	120
Troisième partie - Lutte contre les maladies et dépendances	121
<i>Livre Ier - Lutte contre les maladies transmissibles</i>	121
<i>Titre Ier – Lutte contre les épidémies et certaines maladies transmissibles</i>	121
<i>Chapitre Ier –Vaccinations</i>	121
- Article L. 3111-4 [modifié par les articles 62 et 63 (ex 40 bis et 40 ter)]	121
<i>Titre II – Infection par le virus de l'immunodéficience humaine et infections sexuellement transmissibles</i>	122
<i>Chapitre Ier –Dispositions générales</i>	122
- Article L. 3121-5 [modifié par l'article 50-I (ex 33-I)]	122
Quatrième partie - Professions de santé	122
<i>Livre Ier - Professions médicales</i>	122
<i>Titre V – Profession de sage-femme</i>	122
<i>Chapitre Ier – Conditions d'exercice</i>	122
- Article L. 4151-4 [modifié par l'article 37 IV (ex 27,IV)]	122
<i>Livre II - Professions de la pharmacie</i>	123
<i>Titre III – Organisation de la profession de pharmacien</i>	123
<i>Chapitre Ier – Missions et composition de l'ordre national et du conseil national</i>	123
- Article L. 4231-1 [modifié par l'article 48-III (ex 32-VII)]	123
- Article L. 4231-2 [modifié par l'article 48-IV (ex 32-VIII)].....	123
Sixième partie - Etablissements et services de santé	124
<i>Livre Ier – Etablissements de santé</i>	124
<i>Titre Ier – Organisation des activités des établissements de santé</i>	124
<i>Chapitre III –Évaluation, accréditation et analyse de l'activité des établissements</i>	124
- Article L. 6113-8 [modifié par l'article 43-IX (ex 30-IX)].....	124
- Article L. 6113-10 [modifié par l'article 44 (ex 30bis)]	124
<i>Chapitre IV –Contrats pluriannuels conclu par les agences régionales de l'hospitalisation</i>	125
- Article L. 6114-2 [modifié par l'article 43-II (ex 30-II)].....	125
<i>Titre II – Equipement sanitaire</i>	126
<i>Chapitre I –Schéma d'organisation sanitaire</i>	126
- Article L. 6121-9 [modifié par l'article 60-II (ex 32-Ibis)]	126
<i>Chapitre II -Autorisations</i>	127

- Article L. 6122-8 [modifié par l'article 43-III (ex 30-III)]	127
Titre IV – Établissements publics de santé	127
Chapitre III : Conseil d'administration, directeur et conseil exécutif.....	127
- Article L. 6143-3 [pour info].....	127
- Article L. 6143-3-1 [pour info]	127
- Article L. 6143-3-2 [créé par l'article 43 X (ex 30 X)].....	128
CODE DES ASSURANCES.....	129
Livre 1 – Le contrat	129
Titre 1 – Règles communes aux assurances de dommages non maritime et aux assurances de personne.....	129
Chapitre 2 – Conclusion et preuve du contrat d'assurance – Forme et trans mission des polices	129
- Article L. 112-3 [modifié par l'article 54-VIII (ex 36bis VII)]	129
CODE DE COMMERCE	130
Livre Ier - Du commerce en général	130
Titre II – Des commerçants.....	130
Chapitre III – Des obligations générales des commerçants	130
Section 1 – Du registre du commerce et des sociétés	130
Sous-section 3 – Domiciliation des personnes immatriculées	130
- Article L. 123-11 [modifié par l'article 25- V (ex 17-V)]	130
CODE DE LA CONSTRUCTION ET DE L'HABITATION.....	131
Livre 3 – Aides diverses à la construction d'habitations et à l'amélioration	131
Titre V – Aides personnalisée au logement.....	131
Chapitre 1 – Dispositions générales.....	131
- Article L. 351-7 [modifié par l'article 23-III (ex 15ter- III)].....	131
- Article L. 351-13 [modifié par l'article 92-VI (ex 57-VI)].....	131
CODE GENERAL DES IMPOTS.....	132
Livre 1 ^{er} - Assiette et liquidation de l'impôt	132
Première Partie - Impôts d'État	132
Titre premier - Impôts directs et taxes assimilées.....	132
Chapitre premier - Impôt sur le revenu	132
Section II - Revenus imposables.....	132
Ire Sous-section - Détermination des bénéfices ou revenus nets des diverses catégories de revenus	132
- Article 80 duodecies [modifié par l'article 13 (ex 12)].....	132
Titre III - Contributions indirectes et taxes diverses	133
Chapitre IV- Tabacs.....	133
Section I-Tabacs.....	133
- Article 565 [pour info].....	133
- Article 568 [pour info].....	134
III - Circulation, détention et commerce des tabacs	134
- Article 575 G [modifié par l'article 20 (ex14 bis)]	134
- Article 575 H [modifié par l'article 20 (ex14 bis)].....	134
Deuxième Partie – Impositions perçues au profit des collectivités locales et de divers organismes	135

Titre III – Impositions perçues au profit de certains établissements publics et d'organismes divers.....	135
Chapitre premier - Impôts directs et taxes assimilées	135
Section I - Contributions et prélèvements perçus au profit d'organismes divers concourant au financement de la protection sociale et au remboursement de la dette sociale	135
IV - Contributions pour le remboursement de la dette sociale perçues au profit de la caisse d'amortissement de la dette sociale.....	135
- Article 1600-0 J [modifié par l'article 10, II]	135
LIVRE DES PROCEDURES FISCALES	136
Titre II - Le contrôle de l'impôt	136
Chapitre II - Le droit de communication	136
Section II - Renseignements communiqués à l'administration sans demande préalable de sa part	136
- Article L. 99 [modifié par l'article 92-VIII (ex 57, VIII)]	136
Chapitre III - Le secret professionnel en matière fiscale.....	136
Section II - Dérogations à la règle du secret professionnel.....	136
VI - Dérogations au profit des autorités et des organismes chargés de l'application de la législation sociale	136
- Article L. 152 [modifié par l'article 92-VII (ex 57-VII)]	136
CODE DES PENSIONS CIVILES ET MILITAIRES	138
Livres 1 – Dispositions générales relatives au régime général des retraites.....	138
Titre 1 – Généralités	138
Chapitre 3 – Dispositions communes.....	138
- Article L. 9 [modifié par l'article 87-VIII B (ex 53 VI ter)].....	138
CODE RURAL	139
Livres VII - Dispositions sociales.....	139
Titre Ier - Réglementation du travail salarié	139
Chapitre III - Organismes de protection sociale des professions agricoles.....	139
Section 4 - Fonctionnement financier et comptable des caisses de mutualité sociale agricole et autres organismes habilités	139
- Article L. 723-46 [modifié par l'article 31-II (ex 24-II)].....	139
Chapitre V – Recouvrement des cotisations et créances	139
Section 2 – Sanctions et dispositions diverses	139
- Article L. 725-13 [modifié par l'article 92-VI (ex 57-VI)]	139
Titre III – Protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles	140
Chapitre II - Prestations	140
Section 2 – Assurance maladie, invalidité et maternité.....	140
- Article L. 732-12 [modifié par l'article 73 IV (ex 44 ter IV)].....	140
Titre V : Accidents du travail et maladies professionnelles.....	140
Chapitre 1 ^{er} : Assurance obligatoire des salariés des professions agricoles	140
Section 6 : Formalités, procédure et contentieux	140
Sous-section 3 : Sanctions.....	140
- Article L. 751-40 [modifié par l'article 92-VI (ex 57-VI)].....	140
Chapitre 2 : Assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non salariés agricoles.....	140
Section 5 : Formalités, procédures et contentieux.....	140
- Article L. 752-28 [modifié par l'article 92-VI (ex 57-VI)].....	140

CODE DU TRAVAIL	141
Livres Ier - Conventions relatives au travail.....	141
Titre II – Contrat de travail	141
Chapitre II – Règles propres au contrat de travail.....	141
Section 5 - Protection de la maternité et éducation des enfants.....	141
- Article L. 122-26 [modifié par l'article 73-II (ex 44 ter II)].....	141
- Article L. 122-28-9 [modifié par l'article 87-IV (ex 53-IV)].....	142
Livres III - Placement et emploi	144
Titre IV- Main d'œuvre étrangère et détachement transnational des travailleurs.....	144
Chapitre Ier – Dispositions spéciales à la main d'œuvre étrangère	144
Section 1 - Travailleurs étrangers.....	144
- Article L. 341-6-4 [modifié par l'article 25-VI (ex 17-VI)]	144
 LOI N°84-16 DU 11 JANVIER 1984 PORTANT DISPOSITIONS STATUTAIRES RELATIVES A LA FONCTION PUBLIQUE DE L'ÉTAT	145
- Article 32 [modifié par l'article 83-VIII, 2° (ex 53-VIII 2°)].....	145
- Article 34 [modifié par l'article 73-III (ex 44-ter III)]	145
- Article 40 bis [créé par l'article 87-VIII, A° (ex 53-VI ter A°)].....	147
Section 6 : Congé parental et congé de présence parentale [intitulé modifié par l'article 83-VIII, 3° (ex 53-VI ter 3°)]	147
- Article 54 bis [abrogé par l'article 83-VIII, 4° (ex 53-VI ter 3°)]	147
 LOI N°84-53 DU 26 JANVIER 1984 PORTANT DISPOSITIONS STATUTAIRES RELATIVES A LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE	148
Chapitre V : Positions.....	148
- Article 55 [modifié par l'article 87-IX-2° (ex 53-VI quater 2°)].....	148
Section I : Activité.....	148
Sous-section I : Dispositions générales.....	148
- Article 57 [modifié par l'article 73-III (ex 44-ter III)]	148
- Article 60 sexies [créé par l'article 87-IX (ex 53-VI quater)]	150
Section VI : Congé parental et congé de présence parentale	151
[intitulé modifié par l'article 87-IX-3° (ex 53-VI quater 3°)].....	151
- Article 75 bis [abrogé par l'article 87-IX-4° (ex 53-VI quater 4°)].....	151
 LOI N°86-33 DU 9 JANVIER 1986 PORTANT DISPOSITIONS STATUTAIRES RELATIVES A LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE	152
- Article 39 [modifié par l'article 87-X-2° (ex 53-VI quinquies 2°)].....	152
- Article 41 [modifié par l'article 73-III-3 (ex 44 ter III) et 87-X-1° (ex 53-VI quinquies 1°)]	152
Section 6 : Congé parental et congé de présence parentale	154
[Intitulé modifié par l'article 87-X-3° (ex 53-VI quinquies 3°)]	155
- Article 64-1 [abrogé par l'article 87-X-4° (ex 53-VI quinquies 4°)]	155
 LOI N°89-1009 DU 31 DECEMBRE 1989 RENFORÇANT LES GARANTIES OFFERTES AUX PERSONNES ASSUREES CONTRE CERTAINS RISQUES.....	156
- Article 6-1 [modifié par l'article 54-III (36 bis III)]	156
- Article 6-3 [modifié par l'article 54 III (36 bis III)]	156

LOI N° 98-1194 DU 23 DECEMBRE 1998 DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 1999	157
<i>Titre III : Dispositions relatives aux dépenses et à la trésorerie.....</i>	<i>157</i>
<i>Section 2 : Branche maladie</i>	<i>157</i>
- Article 25 [devient L. 221-1-1 CSS par l'article 60-I (ex 39-I)]	157
 LOI N° 2000-37 DU 19 JANVIER 2000 RELATIVE A LA REDUCTION NEGOCIEE DU TEMPS DE TRAVAIL.....	158
<i>Chapitre IV : Travail à temps partiel et contrat intermittent.....</i>	<i>158</i>
- Article 13 [modifié par l'article 11].....	158
 LOI N° 2003-1199 DU 18 DECEMBRE 2003 DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2004	159
<i>Titre III – Dispositions relatives à l'assurance maladie.....</i>	<i>159</i>
- Article 33 [modifié par l'article 43 (ex 30)].....	159
<i>Titre IV – Dispositions relatives aux autres politiques de sécurité sociale</i>	<i>162</i>
<i>Section 2 : Branche famille.....</i>	<i>162</i>
- Article 60 [modifié par l'article 88 (ex 54)].....	162
 ORDONNANCE N° 2002-149 DU 7 FEVRIER 2002 RELATIVE A L'EXTENSION ET LA GENERALISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES ET A LA PROTECTION SOCIALE DANS LA COLLECTIVITE DEPARTEMENTALE DE MAYOTTE.....	164
<i>Titre 1^{er} : Régime des prestations familiales dans la collectivité départementale de Mayotte</i>	<i>164</i>
.....	164
<i>Chapitre 2 : Prestations familiales</i>	<i>164</i>
<i>Section 2 : Allocations familiales.....</i>	<i>164</i>
- Article 7 [modifié par l'article 85-I-1°(ex 52 A I)]	164
<i>Section 3 : Allocation de rentrée scolaire.....</i>	<i>164</i>
- Article 8 [modifié par l'article 85-I-2° (ex 52 A I)]	164
<i>Section 4 : Allocation de logement.....</i>	<i>164</i>
- Article 10 [modifié par l'article 85-I (ex 52 A I)]	164
 LOI N° 2004-626 DU 30 JUIN 2004 RELATIVE A LA SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES	166
<i>Titre III : Création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.....</i>	<i>166</i>
- Article 13 [modifié par l'article 6 (ex 6 bis)]	166
 LOI N° 2004-810 DU 13 AOUT 2004 RELATIVE A L'ASSURANCE MALADIE.....	167
<i>Titre II : Dispositions relatives à l'organisation de l'assurance maladie</i>	<i>167</i>
<i>Section 4 : Dispositif conventionnel.....</i>	<i>167</i>
- Article 57 [modifié par l'article 54-II (ex36bis-II)]	167
<i>Titre III : Dispositions relatives au financement de l'assurance maladie.....</i>	<i>168</i>
- Article 74 [modifié par l'article 21-III (ex15-III)]	168
 LOI N° 2004-1370 DU 20 DECEMBRE 2004 DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2005	169
<i>Titre IV : dispositions relatives à l'assurance maladie</i>	<i>169</i>
- Article 23 [modifié par l'article 43-V (ex 30-V)]	169

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

Titre 1 - Généralités

Chapitre 1 ter - Objectifs de dépenses et de recettes

- Article L. 111-11 *[modifié par l'article 69 (ex 44)]*
(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 39 I Journal Officiel du 17 août 2004)
(Loi n° 2005-881 du 2 août 2005 art. 18 Journal Officiel du 3 août 2005)

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

Les propositions de ~~la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés~~ **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie** sont soumises, préalablement à leur transmission, à l'avis de son conseil de surveillance mentionné à l'article L. 228-1 ~~du conseil mentionné à l'article L. 182-2-2.~~

Chapitre 4 bis - Organisation comptable

- Article L. 114-8 *[créé par l'article 31-I (ex 24-I)]*

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

Une norme d'exercice professionnel homologuée par voie réglementaire précise les diligences devant être accomplies par les commissaires aux comptes. Les dispositions de l'article L. 140-2 du code des juridictions financières sont applicables à ces derniers.

NOTA : Art. 31 III : Les dispositions du I s'appliquent au plus tard aux comptes de l'exercice 2008 selon des modalités définies par décret.

Chapitre 4 ter - Contrôle et lutte contre la fraude [inséré par l'article 92-I (ex 57, I)]

- Article L. 114-9 [inséré par l'article 92-I (ex 57, I)]

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

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

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

- Article L. 114-10 [inséré par l'article 92-I (ex 57, I)]

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

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

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

Les modalités de cette coopération sont définies par décret.

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

- Article L. 114-11 [inséré par l'article 92-I (ex 57, I)]

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

- Article L. 114-12 [inséré par l'article 92-I (ex 57, I)]

Pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité sociale, les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et les organismes mentionnés à l'article L. 351-21 du code

du travail se communiquent les renseignements qu'ils détiennent sur leurs ressortissants lorsque ces renseignements :

- 1° Sont nécessaires à l'appréciation de droits ou à l'exécution d'obligations entrant dans le fonctionnement normal du service public dont sont chargés ces organismes ;
- 2° Sont nécessaires à l'information des ressortissants sur l'ensemble de leurs droits en cas de partage de la gestion d'une prestation par ces organismes ;
- 3° Sont nécessaires au contrôle, à la justification dans la constitution des droits, notamment à pension de vieillesse et à la justification de la liquidation et du versement des prestations dont sont chargés respectivement ces organismes.

Un acte réglementaire fixe les conditions de la communication des données autorisée par le présent article.

- Article L. 114-13 *[inséré par l'article 92-I (ex 57, I)]*

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

- Article L. 114-14 *[inséré par l'article 92-I (ex 57, I)]*

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

- Article L. 114-15 *[inséré par l'article 92-I (ex 57, I)]*

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

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

- Article L. 114-16 *[inséré par l'article 92-I (ex 57, I)]*

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

- Article L. 114-17 *[inséré par l'article 92-I (ex 57, I)]*

L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations versées par les organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, ainsi que l'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant ces prestations, ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire

l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme concerné, après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de cet organisme. Celle-ci apprécie la responsabilité du bénéficiaire dans l'inobservation des règles applicables.

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

La mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant la juridiction administrative.

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

Les modalités d'application du présent article, notamment les situations mentionnées au premier alinéa et le barème des pénalités, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre 5 - Dispositions diverses

- Article L.115-2 [abrogé par l'article 92-VI (ex57, VI)]

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 61 Journal Officiel du 19 décembre 2003)

(Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 art. 17 VIII Journal Officiel du 7 août 2004)

~~Pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité sociale, les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale se communiquent les renseignements qu'ils détiennent sur leurs ressortissants lorsque ces renseignements :~~

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

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

~~— Un acte réglementaire, pris après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe les conditions de la communication des données autorisée par le présent article, conformément aux dispositions de l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.~~

Titre 2 - Administration, fonctionnement et personnel des organismes

Chapitre 2 - Directeur et agent comptable

- Article L. 122-2 *[créé par l'article 32 (ex 24)]*

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

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

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

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

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

Les opérations et les contrôles dont il assume la responsabilité sont précisées par décret.

- Article L. 122-3 *[créé par l'article 32 (ex 24)]*

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

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

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

- Article L. 122-4 *[créé par l'article 32 (ex 24)]*

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

- Article L. 122-5 *[créé par l'article 32 (ex 24)]*

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

Titre 3 - Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 3 - Recouvrement des cotisations

Section 3 - Dispositions diverses

- Article L. 133-4 [modifié par les articles 43-VI (ex 30-VII) et 93 (57 bis)]

(Loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 art. 9 Journal Officiel du 4 janvier 1992)
(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 13 Journal Officiel du 25 avril 1996)
(Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 38 1 Journal Officiel du 21 décembre 2004)

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

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

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

l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles.

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

L'action en recouvrement, qui se prescrit par ~~deux ans~~ **trois ans** [art. 43] à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.

En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Elle comporte une majoration de 10 % du montant des sommes réclamées non réglées à la date de son envoi ; ces majorations peuvent faire l'objet d'une remise.

Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

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

L'organisme mentionné au sixième alinéa informe, le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré de la mise en œuvre de la procédure visée au présent article et de ses résultats. [art. 93]

- Article L. 133-4-2 [créé par l'article 25-I (ex 17-I)]

Le bénéfice de toute mesure de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions acquittées auprès des organismes de sécurité sociale, appliquée par un employeur ou un travailleur indépendant sans qu'il soit tenu d'en faire une demande préalable, est subordonné au respect par l'employeur ou le travailleur indépendant des dispositions de l'article L. 324-9 du code du travail.

Lorsque l'infraction définie au quatrième alinéa de l'article L. 324-10 du même code est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées à l'article L. 324-12 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable en matière de travail dissimulé, à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au premier alinéa du présent article.

Cette annulation, plafonnée à un montant fixé par décret, est égale au montant des réductions ou exonérations pratiquées dans l'établissement sur la période où a été constatée l'infraction.

Chapitre 4 - Compensation

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

- Article L. 134-14 [abrogé par l'article 75- VI (ex 45, VI)]

~~— Les dispositions de l'article L. 134-1 en tant qu'il a pour objet de remédier aux déséquilibres démographiques, sont applicables au régime institué par le chapitre Ier du titre II du livre VII. Un décret en Conseil d'Etat apportera aux modalités d'application de ces dispositions les adaptations rendues nécessaires par les caractéristiques propres du groupe social concerné.~~

Chapitre 5 - Fonds de solidarité vieillesse

- Article L. 135-2 [modifié par l'article 76-II (ex 46-II)]

(Loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 art. 1 Journal Officiel du 23 juillet 1993 en vigueur le 1er janvier 1994)
(Loi n° 95-5 du 3 janvier 1995 art. 1 II Journal Officiel du 4 janvier 1995 en vigueur le 1er janvier 1994)
(Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 67 I Journal Officiel du 5 février 1995 en vigueur le 1er janvier 1994)
(Loi n° 95-1346 du 30 décembre 1995 art. 31 II finances pour 1996 Journal Officiel du 31 décembre 1995)
(Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 art. 12 II Journal Officiel du 25 janvier 1996 en vigueur le 1er janvier 1996)
(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 2 IV 2°, 5° Journal Officiel du 27 décembre 1998)
(Loi n° 2000-242 du 14 mars 2000 art. 19 I Journal Officiel du 15 mars 2000)
(Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 30 Journal Officiel du 24 décembre 2000)
(Loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 art. 3 III Journal Officiel du 18 juillet 2001)
(Loi n° 2001-1275 du 28 décembre 2001 art. 133 II finances pour 2002 Journal Officiel du 29 décembre 2001)
(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 50 II 1°, 2° Journal Officiel du 18 janvier 2002)
(Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 art. 33 II Journal Officiel du 28 mars 2002 en vigueur le 1er janvier 2003)
(Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 36 I 2°, art. 93 I Journal Officiel du 22 août 2003)
(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 3 VIII Journal Officiel du 19 décembre 2003)
(Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 art. 74 III Journal Officiel du 19 janvier 2005)
(Ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 art. 1 II Journal Officiel du 26 juin 2004 en vigueur le 1er janvier 2006)

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

- 1° Le financement des allocations mentionnées :
 - au dernier alinéa de l'article L. 643-1 ;
 - aux ~~chapitres V et V-ter~~ **au chapitre V** du titre Ier du livre VIII ;
 - à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;
- 2° (Paragraphe supprimé)
- 3° Les sommes correspondant au service, par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural :
 - a) Des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ;
 - b) Des majorations de pensions pour conjoint à charge ;
- 4° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural, dans la durée d'assurance :
 - a) Des périodes de service national légal de leurs assurés ;
 - b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 321-4-2, L. 351-3, L. 351-9, L. 351-10 et L. 351-10-2 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 322-4 du même code, de l'allocation de préparation à la retraite mentionnée à l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) et de la rémunération prévue au quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3 du code du travail ;
 - c) Des périodes de chômage non indemnisé visées au 3° de l'article L. 351-3 du présent code ;
 - d) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail ;
 - e) Des périodes de versement de l'allocation de congé solidarité prévue à l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer.
- 5° Les sommes correspondant à la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024

du code rural des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 ci-après ;

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

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

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

9° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

Les sommes mentionnées aux a, b, d et e du 4° et au 7° sont calculées sur une base forfaitaire déterminée après avis des conseils d'administration des caisses des régimes d'assurance vieillesse de base concernées dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

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

Chapitre 6 - Contribution sociale généralisée

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

- Article L. 136-7 [modifié par l'article 10, I]

(Loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 art. 7 III Journal Officiel du 23 juillet 1993)

(Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 art. 14 Journal Officiel du 29 décembre 1996)

(Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 art. 5 II Journal Officiel du 23 décembre 1997)

(Loi n° 99-1172 du 30 décembre 1999 art. 94 IV finances pour 2000 Journal Officiel du 31 décembre 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

(Loi n° 99-1173 du 30 décembre 1999 art. 12 III finances rectificative pour 1999 Journal Officiel du 31 décembre 1999 en vigueur le 30 juin 2000)

(Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 58 Journal Officiel du 24 décembre 2000)

(Loi n° 2000-1352 du 30 décembre 2000 art. 8 III finances pour 2001 Journal Officiel du 31 décembre 2000)

(Loi n° 2001-152 du 19 février 2001 art. 3 II Journal Officiel du 20 février 2001)

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 74 Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Loi n° 2001-1275 du 28 décembre 2001 art. 79 III finances pour 2002 Journal Officiel du 29 décembre 2001)

(Loi n° 2003-721 du 1 août 2003 art. 31 III Journal Officiel du 5 août 2003)

(Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 art. 83 III, art. 91 II finances pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2003)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 72 IV Journal Officiel du 17 août 2004)

(Loi n° 2004-1485 du 30 décembre 2004 art. 50 II finances rectificative pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2004)

I. - Les produits de placements sur lesquels est opéré le prélèvement prévu à l'article 125 A du code général des impôts sont assujettis à une contribution à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des 3° et 4° du II et sauf s'ils sont versés aux personnes visées au III du même article.

Les plus-values mentionnées aux articles 150 U à 150 UB du code général des impôts sont également assujetties à cette contribution.

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

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

2° Les intérêts et primes d'épargne des plans d'épargne logement visés à l'article R. 315-24 du code de la construction et de l'habitation lors du dénouement du contrat ;

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

a) Au 1^{er} janvier 2006, pour les plans de plus de dix ans à cette date et pour ceux ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont le terme est échu avant le 1^{er} janvier 2006 ;

- b) A la date du dixième anniversaire du plan ou, pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992, à leur date d'échéance ;**
- c) Lors du dénouement du plan, s'il intervient antérieurement au dixième anniversaire ou antérieurement à leur date d'échéance pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 ;**
- d) Lors de leur inscription en compte, pour les intérêts courus à compter du 1^{er} janvier 2006 sur des plans de plus de dix ans ou sur des plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont le terme est échu ;**

2° bis Les primes d'épargne des plans d'épargne-logement lors de leur versement ;

3° Les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation ainsi qu'aux placements de même nature mentionnés à l'article 125-0A du code général des impôts quelle que soit leur date de souscription, lors de leur inscription au contrat ou lors du dénouement pour les bons et contrats en unités de compte visés au deuxième alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances, à l'exception des produits attachés aux contrats visés à l'article 199 septies du code général des impôts ;

4° Les produits des plans d'épargne populaire, ainsi que les rentes viagères et les primes d'épargne visés au premier alinéa du 22° de l'article 157 du code général des impôts, respectivement lors de leur inscription en compte et de leur versement ;

5° Le gain net réalisé ou la rente viagère versée lors d'un retrait de sommes ou valeurs ou de la clôture d'un plan d'épargne en actions défini à l'article 163 quinquies D du code général des impôts dans les conditions ci-après :

a) En cas de retrait ou de rachat entraînant la clôture du plan, le gain net est déterminé par différence entre, d'une part, la valeur liquidative du plan ou la valeur de rachat pour les contrats de capitalisation à la date du retrait ou du rachat et, d'autre part, la valeur liquidative ou de rachat au 1^{er} janvier 1997 majorée des versements effectués depuis cette date et diminuée du montant des sommes déjà retenues à ce titre lors des précédents retraits ou rachats ;

b) En cas de retrait ou de rachat n'entraînant pas la clôture du plan, le gain net afférent à chaque retrait ou rachat est déterminé par différence entre, d'une part, le montant du retrait ou rachat et, d'autre part, une fraction de la valeur liquidative ou de rachat au 1^{er} janvier 1997 augmentée des versements effectués sur le plan depuis cette date et diminuée du montant des sommes déjà retenues à ce titre lors des précédents retraits ou rachats ; cette fraction est égale au rapport du montant du retrait ou rachat effectué à la valeur liquidative totale du plan à la date du retrait ou du rachat ;

La valeur liquidative ou de rachat ne tient pas compte des gains nets et produits de placement mentionnés au 8° afférents aux parts des fonds communs de placement à risques et aux actions des sociétés de capital-risque détenues dans le plan.

6° Lorsque les intéressés demandent la délivrance des droits constitués à leur profit au titre de la participation aux résultats de l'entreprise en application du chapitre II du titre IV du livre IV du code du travail, le revenu constitué par la différence entre le montant de ces droits et le montant des sommes résultant de la répartition de la réserve spéciale de participation dans les conditions prévues à l'article L. 442-4 du même code ;

7° Lorsque les intéressés demandent la délivrance des sommes ou valeurs provenant d'un plan d'épargne entreprise au sens du chapitre III du titre IV du livre IV du code du travail, le revenu constitué par la différence entre le montant de ces sommes ou valeurs et le montant des sommes versées dans le plan augmentées, le cas échéant, des sommes attribuées au titre de la réserve spéciale de la participation des salariés aux résultats de l'entreprise et des sommes versées dans le ou les précédents plans, à concurrence du montant des sommes transférées dans les conditions prévues aux articles L. 442-5 et L. 443-2 du code du travail, l'opération de transfert ne constituant pas une délivrance des sommes concernées ;

8° Les répartitions de sommes ou valeurs effectuées par un fonds commun de placement à risques dans les conditions prévues aux I et II de l'article 163 quinquies B du code général des impôts, les distributions effectuées par les sociétés de capital-risque dans les conditions prévues aux deuxième à

cinquième alinéas du I et aux deuxième à sixième alinéas du II de l'article 163 quinquies C du même code et celles effectuées par les sociétés unipersonnelles d'investissement à risque dans les conditions prévues à l'article 163 quinquies C bis du même code, lors de leur versement, ainsi que les gains nets mentionnés aux 1 et 1 bis du III de l'article 150-0 A du même code ;

9° Les gains nets et les produits des placements en valeurs mobilières effectués en vertu d'un engagement d'épargne à long terme respectivement visés aux 5 du III de l'article 150-0 A et 16° de l'article 157 du code général des impôts, lors de l'expiration du contrat.

III. - Les dispositions du II ne sont pas applicables aux revenus visés au 3° dudit II s'agissant des seuls contrats en unités de compte ni aux revenus mentionnés aux 5° à 9°, lorsque ces revenus entrent dans le champ d'application de l'article L. 136-6.

IV. - 1. La contribution sociale généralisée due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier sur les revenus de placement visés aux 1° et 3° pour les contrats autres que les contrats en unités de compte et 4° du II du présent article fait l'objet d'un versement déterminé d'après les revenus des mêmes placements soumis l'année précédente à la contribution sociale généralisée au cours des mois de décembre et janvier et retenus à hauteur de 90 p. 100 de leur montant.

Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son paiement doit intervenir le 25 septembre pour sept neuvièmes de son montant et le 25 novembre au plus tard pour les deux neuvièmes restant. Il est reversé dans un délai de dix jours francs après ces dates par l'Etat aux organismes affectataires.

2. Lors du dépôt en janvier et février des déclarations, l'établissement payeur procède à la liquidation de la contribution. Lorsque le versement effectué en application du 1 est supérieur à la contribution réellement due, le surplus est imputé sur la contribution sociale généralisée due à raison des autres produits de placement et, le cas échéant, sur les autres prélèvements ; l'excédent éventuel est restitué.

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

V. - La contribution visée au premier alinéa du I et aux II et IV ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 125 A du code général des impôts.

VI. - La contribution portant sur les plus-values mentionnées au second alinéa du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu.

Chapitre 7 : Recettes diverses

Section 3 : Contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur

- Article L. 137-7 [modifié par l'article 22-I 1° (ex15bis, I, 1°)]

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 13 II a 3° Journal Officiel du 26 décembre 2001)
(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 65 II Journal Officiel du 24 décembre 2002 en vigueur le 1er janvier 2003)
(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 15 V b Journal Officiel du 19 décembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2004)

La contribution est perçue par les entreprises d'assurance, dans les mêmes conditions et en même temps que ces primes.

Les entreprises d'assurance versent le produit de la contribution au plus tard le 15 du deuxième mois suivant le dernier jour de chaque bimestre. Ce produit correspond au montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises au cours de chaque bimestre, déduction faite des annulations et remboursements constatés durant la même période et après déduction du prélèvement destiné à compenser les frais de gestion dont le taux est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.

La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues au ~~3° de l'article L. 225-1-1~~ et des **aux** articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre 8 - Contributions à la charge des entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique

Section 2 - Contribution Contributions à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique [intitulé modifié par l'article 21-I (ex 15-I)]

- Article L. 138-10 [modifié par l'article 21-II (ex15-II)]

(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 31 I, II 2° Journal Officiel du 27 décembre 1998)

(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 32 IV Journal Officiel du 30 décembre 1999)

(Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 48 II, art. 49 Journal Officiel du 24 décembre 2000)

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 40 II a Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 34 II Journal Officiel du 24 décembre 2002)

I. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au troisième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

TAUX D'ACCROISSEMENT du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables :	TAUX DE LA CONTRIBUTION globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables :
T supérieur à K (*) et/ou égal à K + 0,5 point	50
T supérieur à K + 0,5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60
T supérieur à K + 1 point et plus	70
<i>(*) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche</i>	

Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu, postérieurement au 1er janvier 1999, une convention avec le Comité économique des produits de santé en application ~~des articles L. 162-16-1 et suivants~~ **de l'article L. 162-16-4**, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention fixe les prix de l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 exploités par l'entreprise et comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires concerné ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L. 162-18 et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu. La liste de ces

entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

~~Pour le déclenchement de la contribution~~ **Pour l'assujettissement à la contribution**, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

II. - Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au quatrième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, précité, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

TAUX D'ACCROISSEMENT du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	TAUX DE LA CONTRIBUTION globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K (*) et/ou égal à K + 0,5 point	50 %
T supérieur à K + 0,5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60 %
T supérieur à K + 1 point et plus	70 %
(*) K = Taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.	

Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu une convention avec le Comité économique des produits de santé, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires réalisé au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne le versement d'une remise et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Pour l'assujettissement à la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

III. - Les dispositions des articles L. 138-11 à L. 138-19 sont applicables séparément à chacune des contributions prévues aux I et II ci-dessus.

Chapitre 8 bis – Dispositions communes aux contributions recouvrées par les organismes de recouvrement du régime général

- Article L. 138-20 [modifié par l'article 22-I 2° (ex15bis, I, 2°)]

(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 65 I Journal Officiel du 24 décembre 2002 en vigueur le 1er janvier 2003)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 14 II Journal Officiel du 19 décembre 2003)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 74 III Journal Officiel du 17 août 2004)

(Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 61 I, II Journal Officiel du 21 décembre 2004)

Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 sont recouvrées et contrôlées, selon les règles et sous les sanctions et garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

~~—La contribution instituée à l'article L. 137-6 est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1. L'agence peut recueillir l'assistance des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et des caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer, notamment par la mise à disposition d'agents de ces organismes, chargés du contrôle.~~

Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.

Titre 6 - Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 1er - Dispositions relatives aux prestations

Section 1 – Bénéficiaires

Sous-section 1 - Dispositions communes

- Art. L. 161-1-4 [créé par l'article 92-III (ex 57, II)]

Les organismes de sécurité sociale demandent, pour le service d'une prestation, toutes pièces justificatives utiles pour apprécier les conditions du droit à la prestation, notamment la production d'avis d'imposition ou de déclarations déposées auprès des administrations fiscales compétentes. Les organismes peuvent se dispenser de cette demande lorsqu'ils sont en mesure d'effectuer des contrôles par d'autres moyens mis à leur disposition.

Sauf cas de force majeure, la non-présentation par le demandeur des pièces justificatives entraîne la suspension, selon le cas, soit du délai d'instruction de la demande pendant une durée maximale fixée par décret, soit du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées.

Pour le service des prestations sous condition de ressources, l'appréciation des ressources prend en compte les prestations et ressources d'origine française, étrangère ou versées par une organisation internationale. Un décret en Conseil d'Etat prévoit les conditions dans lesquelles la vérification de l'exactitude des déclarations relatives aux revenus de source étrangère peut être confiée à un ou plusieurs organismes du régime général de sécurité sociale agissant pour le compte de l'ensemble des régimes. Les dispositions de l'article L. 114-11 sont applicables à cette vérification.

Sous-section 2 - Assurances maladie-maternité-décès

- Article L. 161-2-1 [modifié par l'article 92-V (ex57, V)]

(inséré par Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 4 Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai, au titre de l'article L. 380-1, au régime général sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière, et bénéficie immédiatement des prestations en nature de ce régime. La caisse saisit ensuite, s'il y a lieu, l'organisme compétent pour affilier la personne en cause au régime dont elle relève.

Les services sociaux ou les associations et organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département, ainsi que les établissements de santé, apportent leur concours aux intéressés dans leur demande d'affiliation et sont habilités à transmettre les documents afférents à l'organisme compétent avec l'accord de l'intéressé.

Les personnes qui, au moment de la demande, sont sans domicile fixe doivent élire domicile soit, **après avis favorable d'un assistant de service social**, auprès d'un organisme agréé à cet effet par décision de l'autorité administrative, soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale.

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

- Article L. 161-9-1 [abrogé par l'article 87-VII (ex 53- VI bis)]

(Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 V Journal Officiel du 24 décembre 2000)
(Ordonnance n° 2004-329 du 15 avril 2004 art. 1 I Journal Officiel du 17 avril 2004)

~~Les personnes bénéficiaires de l'allocation de présence parentale ou du congé de présence parentale prévu à l'article L. 122-28-9 du code du travail conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance maladie, maternité, de leur régime d'origine pendant la durée de perception de l'allocation ou la durée du congé. En cas de reprise d'activité à l'issue de cette période, elles retrouvent les droits aux prestations en espèces de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, acquis antérieurement à l'ouverture du droit à l'allocation ou au congé.~~

- Article L. 161-9-2 [modifié par l'article 87-VII (ex 53- VI bis)]

(inséré par Ordonnance n° 2004-329 du 15 avril 2004 art. 1 II Journal Officiel du 17 avril 2004)

~~Lorsqu'une personne bénéficie successivement et sans interruption d'un congé parental d'éducation ou du complément prévu au 3° de l'article L. 531-1 et d'un congé de présence parentale ou de l'allocation de présence parentale, elle retrouve, en cas de reprise d'activité, ses droits aux prestations acquis antérieurement au bénéfice du premier congé ou de la première prestation, dans les conditions prévues aux articles L. 161-9 et L. 161-9-1.~~

Lorsqu'une personne bénéficie successivement et sans interruption, d'un congé parental d'éducation ou du complément prévu au 3° de l'article L. 531-1 et d'un congé de présence parentale ou de l'allocation journalière de présence parentale, ou inversement, elle retrouve, en cas de reprise d'activité, ses droits aux prestations acquis antérieurement au bénéfice du congé parental d'éducation ou dudit complément dans les conditions prévues à l'article L. 161-9.

- Art. L. 161-13-1 [créé par l'article 34-I (ex 26-I)]

Les personnes ayant relevé des dispositions de l'article L. 381-30 retrouvent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, à l'issue de leur incarcération, pour la détermination des conditions d'attribution des prestations en espèces, le bénéfice des droits ouverts dans le régime dont elles relevaient avant la date de leur incarcération, augmenté, le cas échéant, des droits ouverts pendant la période de détention provisoire. Ce décret fixe notamment la durée maximale d'incarcération ouvrant droit au bénéfice de ces dispositions et la durée de maintien des droits aux prestations en espèces pour les personnes n'ayant pas repris d'activité professionnelle à la fin de leur incarcération.

Chapitre 1 bis - Haute Autorité de santé

- Article L. 161-38 [modifié par l'article 39 (ex 27 bis)]

(inséré par Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 35 I Journal Officiel du 17 août 2004)

La Haute Autorité de santé est chargée d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé et des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique. **Elle s'assure notamment que ces logiciels permettent directement la prescription en dénomination commune internationale.**

A compter du 1er janvier 2006, cette certification est mise en oeuvre et délivrée par un organisme accrédité attestant du respect des règles de bonne pratique édictées par la Haute Autorité de santé.

Nota : Loi 2004-810 2004-08-13 art. 35 II : lors de la 1ère constitution de la Haute Autorité de santé, sont désignés par tirage au sort, à l'exception du président, 4 membres dont les mandats prendront fin à l'issue d'un délai de 3 ans.

Chapitre 2 - Dispositions générales relatives aux soins

- Article L. 162-1-7 [pour info]

(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 16 Journal Officiel du 25 avril 1996)
(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 32 I. Journal Officiel du 30 décembre 1999)
(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 41 Journal Officiel du 19 décembre 2003)
(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 42 Journal Officiel du 17 août 2004)

La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation.

La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.

Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.

Après avis de la Haute Autorité de santé, un acte en phase de recherche clinique ou d'évaluation du service qu'il rend peut être inscrit, pour une période déterminée, sur la liste visée au premier alinéa. L'inscription et la prise en charge sont soumises au respect d'une procédure et de conditions particulières définies par convention entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et la Haute Autorité de santé.

- Art. L. 162-1-7-1 [créé par l'article 37, I (ex 27, I)]

Les règles de hiérarchisation des actes effectués par les directeurs de laboratoire mentionnés à l'article L. 162-14 sont arrêtées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7.

- Article L. 162-1-10 [modifié par l'article 47 (ex 31 bis)]

(inséré par Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 art. 5 Journal Officiel du 10 juin 1999)

Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral ou qui sont salariés des centres de santé sont mises en oeuvre pour délivrer des soins palliatifs à domicile. Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par les organismes d'assurance maladie. **Les modes de rémunération particuliers et leur montant sont déterminés par un accord au conventionnel interprofessionnel prévu au II de l'article L. 162-14-1 ou des contrats de santé publique prévus à l'article L. 162-12-20.**

~~Un contrat, conforme à un contrat type, portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre les professionnels ou les centres de santé et les organismes d'assurance maladie. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article et établit le contrat type.~~

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

- Art. L. 162-1-12 [modifié par l'article 38-III (ex 27 bis A, III)]

(inséré par Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 34 VII Journal Officiel du 26 décembre 2001)

~~Les personnes bénéficiant de l'examen mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique et des soins consécutifs à cet examen, à l'exception des soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, réalisés dans un délai de six mois, sont dispensées de l'avance des frais pour la part des dépenses prises en charge par les régimes obligatoires de l'assurance maladie et maternité.~~

~~Lorsque ces personnes bénéficient d'une protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, elles bénéficient également de la procédure de dispense d'avance des frais pour la part de ces dépenses servie soit par une mutuelle régie par le code de la mutualité, soit par une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou le livre VII du code rural, soit par une entreprise régie par le code des assurances, dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 861-3 du présent code.~~

L'examen bucco-dentaire de prévention mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique ainsi que les soins dentaires réalisés dans les six mois suivant cet examen, à l'exception des soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, sont pris en charge en totalité par les régimes obligatoire de l'assurance maladie et maternité, et les bénéficiaires de ces actes sont dispensés de l'avance des frais.

- Art. L. 162-1-14 [modifié par l'article 92-II (ex 57- I bis)]

(inséré par Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 23 I Journal Officiel du 17 août 2004)

L'inobservation des règles du présent code par les professionnels de santé, les établissements de santé, les employeurs ou les assurés, ayant abouti à une demande de remboursement ou de prise en charge ou à un remboursement ou à une prise en charge indus ainsi que le refus par les professionnels de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation **ainsi que l'absence de déclaration par les assurés d'un changement dans la situation justifiant le service de ces prestations** peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil de cet organisme. Lorsque la pénalité envisagée concerne un professionnel de santé, des représentants de la même profession participent à la commission. Lorsqu'elle concerne un établissement de santé, des représentants au niveau régional des organisations nationales représentatives des établissements participent à la commission. Celle-ci apprécie la responsabilité de l'assuré, de l'employeur, du professionnel de santé ou de l'établissement de santé dans l'inobservation des règles du présent code. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Ce montant est doublé en cas de récidive. L'organisme d'assurance maladie notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne ou l'établissement en cause, afin qu'il puisse présenter leurs observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, l'organisme d'assurance maladie prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé ou à l'établissement en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter.

La mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant le tribunal administratif.

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

L'organisme de sécurité sociale ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner la même inobservation des règles du présent code par un professionnel de santé.

Les modalités d'application du présent article, notamment les règles mentionnées au premier alinéa et le barème des pénalités, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Section 1 - Médecins

- Art. L. 162-2-2 [créé par l'article 37-II (ex 27-II)]

Le médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie doit se conformer, pour apprécier l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite ou de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, aux recommandations établies par la Haute Autorité de santé.

Sous-section 1 - Dispositions relatives aux relations conventionnelles

- Article L. 162-5-3 [modifié par l'article 37-III (ex 27-III)]

(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 17 VI, art. 20 I Journal Officiel du 25 avril 1996 en vigueur le 1er janvier 1997)

(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 24 XVI Journal Officiel du 30 décembre 1999)

(inséré par Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 7 Journal Officiel du 17 août 2004)

Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.

Le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou d'un établissement ou service visé à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. **Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants.** Un arrêté fixe les missions du médecin traitant quand celui-ci est un médecin salarié.

Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel prévu à l'article L. 161-36-1 du présent code.

Dans le cas où l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également ces avantages.

La participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsqu'est mis en oeuvre un protocole de soins.

Les dispositions prévues à l'alinéa précédent ne sont pas applicables lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus.

NOTA : voir art .35

- Art. L. 162-5-4 [inséré par l'article 42 (ex 29)]

Un décret prévoit la durée pendant laquelle les dispositions prises en application du 18° de l'article L. 162-5, du cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 et du troisième alinéa de l'article L. 162-26 ne sont pas applicables aux consultations assurées ou prescrites par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral. Il prévoit également la durée pendant laquelle les mêmes dispositions ne sont pas applicables à un médecin généraliste qui s'installe dans une zone définie par la mission régionale de santé mentionnée à l'article L. 162-47.

Sous-section 3 : dispositions diverses

- Art. L. 162-5-13 [modifié par l'article 54-V (ex 36bis V)]

(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 24 VIII Journal Officiel du 30 décembre 1999)
(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 29 III Journal Officiel du 24 décembre 2002)
(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 10 Journal Officiel du 17 août 2004)

I. - Les tarifs des médecins mentionnés à l'article L. 162-5 ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d'exigence particulière du patient, **notamment en cas de visite médicalement injustifiée**, et sauf dans le cas prévu au 18° de l'article L. 162-5.

II. - La ou les conventions médicales prévues à l'article L. 162-5 peuvent prévoir, lorsqu'elles autorisent la pratique des honoraires différents des tarifs qu'elles fixent, soit un plafond de dépassement par acte soit un plafond annuel pour les dépassements perçus par un praticien pour l'ensemble de son activité, ce plafond pouvant être déterminé en fonction du montant total des dépassements constatés l'année précédente. Elles peuvent fixer des plafonds différents pour les médecins ayant adhéré au contrat prévu à l'article L. 162-12-18.

Section 2.2 - Accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins

- Article L. 162-12-18 [modifié par l'article 60-II-2 (ex 39, I bis)]

(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 24 XIV Journal Officiel du 30 décembre 1999)
(Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 art. 3 II Journal Officiel du 7 mars 2002)
(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 43 II Journal Officiel du 19 décembre 2003)
(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 36 IV, art. 49 X art. 50 II, art. 55 II Journal Officiel du 17 août 2004)
(Ordonnance n° 2005-804 du 18 juillet 2005 art. 5 Journal Officiel du 19 juillet 2005)

Des contrats de bonne pratique sont définis, à l'échelon national par les parties aux conventions et à l'accord national mentionnés aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2 et, à l'échelon régional, par les unions régionales des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par les syndicats signataires de la ou des conventions nationales. Les professionnels conventionnés ou les centres de santé adhérant à l'accord national peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui peut ouvrir droit, en contrepartie du respect des engagements qu'il prévoit, à un complément forfaitaire de rémunération et à la majoration de la participation prévue à l'article L. 162-14-1. Lorsqu'ils sont conclus au niveau régional, ces contrats doivent être conformes aux objectifs, thèmes et règles générales de mise en oeuvre mentionnés dans la convention nationale ou dans l'accord national.

Le complément de rémunération ou la majoration de la participation prévue à l'article L. 162-14-1 peuvent être modulés en fonction de critères d'expérience, de qualité des pratiques ou d'engagements relatifs à la formation, au lieu d'installation et d'exercice du médecin dans les conditions prévues par ces contrats.

Ce contrat précise les objectifs d'évolution de la pratique des professionnels concernés et fixe les engagements pris par ces derniers.

Le contrat comporte nécessairement des engagements relatifs :

- à l'évaluation de la pratique du professionnel ; cette évaluation prend en compte l'application par le professionnel des références opposables et des recommandations de bonne pratique prévues à l'article L. 162-12-15 ;

- aux modalités de suivi avec le service du contrôle médical de son activité et, s'agissant d'un professionnel habilité à prescrire, de ses pratiques de prescription ;

- s'agissant des professions habilitées à prescrire, au niveau, à l'évolution et aux pratiques de prescription, dans le respect des conditions prévues à l'article L. 162-2-1, et en particulier à la prescription en dénomination commune ou à la prescription de médicaments génériques ;

Le contrat peut en outre comporter d'autres engagements, portant notamment sur :

- le niveau de l'activité du professionnel ;

- sa participation aux programmes d'information destinés aux assurés et mis en place par les caisses d'assurance maladie ;

- le cas échéant, sa collaboration aux différents services mis en place par les caisses d'assurance maladie à destination des assurés.

Le contrat peut comporter des engagements spécifiques en matière de permanence des soins ou d'implantation ou de maintien dans les zones mentionnées au deuxième alinéa du II de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) L. 221-1-1 et au 3° du II de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Les contrats prévoient les conditions dans lesquelles la caisse primaire d'assurance maladie peut, lorsque les engagements ne sont pas tenus, mettre fin à l'adhésion du professionnel ou du centre de santé, après que celui-ci a été en mesure de présenter ses observations.

Si les contrats comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne peuvent être proposés à l'adhésion des professionnels de santé ou du centre de santé qu'après avoir reçu l'avis de la Haute Autorité de santé. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par l'agence. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

Les contrats régionaux sont approuvés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires. A l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.

Toutefois, pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par la convention médicale, le ministre chargé de la santé ou, pour les contrats régionaux, le représentant de l'Etat dans la région peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

Les contrats nationaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les contrats régionaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'union régionale des caisses d'assurance maladie au représentant de l'Etat dans la région. Les contrats sont également transmis, en tant qu'ils concernent les médecins, aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral.

Section 3.1- Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3

- Article L. 162-14-1 [modifié par les articles 37-V (ex 27-V) et 42 II (ex 2- II)]

(Loi n° 91-738 du 31 juillet 1991 art. 3 Journal Officiel du 1er août 1991)

(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 24 XVI Journal Officiel du 30 décembre 1999)

(Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 art. 2 Journal Officiel du 7 mars 2002)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 43 VI Journal Officiel du 19 décembre 2003)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 11, art. 49 I Journal Officiel du 17 août 2004)

I. - La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :

1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;

2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;

- 3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;
- 4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique **ou le remplacement de professionnels de santé libéraux**, [modifié par l'article 42] dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47 du présent code ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle **qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice, notamment pour favoriser l'exercice regroupé**. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les unions régionales des caisses d'assurance maladie après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;
- 5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;
- 6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7.

Les dispositifs d'aide à l'installation des professionnels de santé exerçant à titre libéral prévus aux 4° et 5° du présent article font l'objet d'évaluations régionales annuelles et communiquées aux conférences régionales ou territoriales de santé concernées prévues à l'article L. 1411-12 du code de la santé publique et d'une évaluation nationale adressée au Parlement dans un délai maximum de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

II. - Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé relatifs aux pathologies ou aux traitements peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives signataires des conventions nationales de chacune de ces professions, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.

Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en oeuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives, la formation continue, ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.

Sous-section 3 - Dispositions diverses

- Article L. 162-15-4 [modifié par l'article 36 (ex 26 ter)]

(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 24 XIII Journal Officiel du 30 décembre 1999)

(Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 art. 5 III Journal Officiel du 7 mars 2002)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 58 VII Journal Officiel du 17 août 2004 rectificatif JORF 27 novembre 2004)

Les réclamations concernant les relations d'un organisme local d'assurance maladie avec ses usagers, **notamment les réclamations liées à l'élaboration du protocole de soins mentionné à**

l'article L. 324-1 du présent code, sont reçues par une personne désignée par le directeur après avis du conseil au sein de cet organisme afin d'exercer la fonction de conciliateur pour le compte de celui-ci. **Le conciliateur peut également être sollicité dans les conditions déterminées par la convention médicale prévue à l'article L. 162-5.** Son intervention ne peut pas être demandée si une procédure a été engagée devant une juridiction compétente par l'usager la sollicitant. L'engagement d'une telle procédure met fin à la conciliation.

Un conciliateur commun à plusieurs organismes locaux d'assurance maladie peut être désigné conjointement par les directeurs des organismes concernés après avis de leurs conseils respectifs.

Section 4 : Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques

- Article L. 162-16-7 [créé par l'article 48-V (ex 32-IX)]

Un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité prévu par l'article L. 162-16 du présent code.

Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau constaté de délivrance des spécialités mentionnées au précédent alinéa.

Section 5 - Etablissements de soins

Sous-section 2 - Frais d'hospitalisation afférents aux activités de soins de suite ou de réadaptation et aux activités de psychiatrie de certains établissements de santé privés

- Article L. 162-22-2 [modifié par l'article 68 (ex 43 bis)]

(Loi n° 91-738 du 31 juillet 1991 art. 5 Journal Officiel du 1er août 1991)

(Loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 art. 11 I, II, III Journal Officiel du 4 janvier 1992)

(Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 art. 21 Journal Officiel du 25 avril 1996)

(Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 art. 26 I IV Journal Officiel du 23 décembre 1997 en vigueur le 1er janvier 1998)

(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 33 I Journal Officiel du 30 décembre 1999)

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 36 II 2° Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 22 I Journal Officiel du 24 décembre 2002)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 23 I, III Journal Officiel du 19 décembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2005)

(Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 28 I Journal Officiel du 21 décembre 2004)

I - Chaque année est défini un objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué par le montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre de ces activités au cours de l'année et supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie **et tient compte notamment des créations et fermetures d'établissements.** Le contenu de cet objectif est défini par décret.

Le montant de l'objectif quantifié national est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte, outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité.

II. - Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les

évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet notamment l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, des prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours et les changements de régime juridique et financier de certains établissements.

Sous-section 3 - Frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé

- Article L. 162-22-7 [modifié par l'article 43-VII (ex 30-VII)]

(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 33 II Journal Officiel du 30 décembre 1999)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 25 I Journal Officiel du 19 décembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2005)

L'Etat fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées.

Bénéficient d'un remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie les établissements qui ont adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations établi par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation **établi conjointement par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et l'assurance maladie** dans des conditions définies par décret.

Lorsque l'établissement adhérent ne respecte pas les stipulations de ce contrat et après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations, ce remboursement peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie et en tenant compte des manquements constatés.

Les établissements qui n'ont pas adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations bénéficient d'un remboursement à hauteur de 70 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

- Art. L. 162-22-7-1 [créé par l'article 40 (ex 28)]

Le Comité économique des produits de santé peut fixer pour chacun des médicaments ou produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le tarif de responsabilité mentionné aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7. Les entreprises peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser sous forme de remise à l'assurance maladie un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire.

- Art. L. 162-22-13 [modifié par l'article 45 (ex 30 ter)]

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 25 I Journal Officiel du 19 décembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2005)

(Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 18 Journal Officiel du 21 décembre 2004)

Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4° du I de l'article LO 111-3, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, à ceux relatifs à la mise en oeuvre des

orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

L'Etat détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le montant de la dotation nationale et fixe, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements.

En vue de permettre un suivi des dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de l'hospitalisation est transmis avant le 15 octobre de chaque année au Parlement et aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés au premier alinéa, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions ~~et de celle du montant des dotations régionales~~, **de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement** ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements.

Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une dotation.

Section 8 : Dispositions diverses

- Article L. 162-36 [modifié par l'article 92-VI (ex 57-VI)]

(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 8 V. Journal Officiel du 25 avril 1996)

Toute pharmacie, quel qu'en soit le statut, et, d'une manière générale, toute personne physique ou morale délivrant des produits ou articles donnant lieu à remboursement au titre de l'assurance maladie ou maternité est tenue de mentionner sur les feuilles de maladie ou les documents en tenant lieu, ainsi que sur les ordonnances médicales correspondantes, le montant de la somme effectivement payée par l'assuré pour l'achat de chacun des produits ou articles délivrés en mentionnant, le cas échéant, le montant ou le taux de la réduction accordée.

A défaut de ces indications, aucun remboursement n'est effectué par l'organisme de sécurité sociale.

Les auteurs de fraudes ou de fausses déclarations, faites à l'occasion de l'application des dispositions mentionnées au premier alinéa, sont passibles des sanctions prévues à l'article ~~L. 377-1~~ **L. 114-13**, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.

Section 10 - Organisation des soins

Sous-section 1 – Réseaux

- Article L. 162-43 [modifié par l'article 50-III (ex 33-III)]

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 36 I Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 art. 75 III Journal Officiel du 3 janvier 2002)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 67 I, II Journal Officiel du 17 août 2004)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 31 I Journal Officiel du 19 décembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2005)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 67 I, II Journal Officiel du 17 août 2004)

Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3, une dotation nationale de développement des réseaux. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé détermine le montant de cette dotation, ainsi que, pour chaque région, le montant limitatif de la dotation régionale de développement des réseaux.

Cet arrêté précise également la constitution de la dotation nationale en parts qui s'imputent respectivement sur l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2, sur l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun mentionné à l'article L. 162-22-9, sur l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1, sur l'objectif de dépenses mentionné à l'article ~~L. 314-3~~ **les objectifs de dépenses mentionnés respectivement aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2** du code de l'action sociale et des familles et sur l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du présent code.

Chapitre 5 : Dispositifs médicaux à usage individuel

- Article L. 165-6 [modifié par l'article 54-VII (ex 36bis VIbis)]

(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 32 III Journal Officiel du 30 décembre 1999)

(Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 51 I Journal Officiel du 24 décembre 2000)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 43 I Journal Officiel du 17 août 2004)

Les organismes d'assurance maladie, ainsi que les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, peuvent conclure des accords, à l'échelon local ou national, avec les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel, notamment en ce qui concerne la qualité, les prix maximum pratiqués, sous réserve que ces produits ou prestations ne fassent pas l'objet d'une décision prise en application de l'article L. 165-3, et les modalités de dispense d'avance de frais.

Ces accords doivent comporter des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé. A ce titre, pour les produits ou prestations de santé mentionnés à l'article L. 165-1 figurant sur la liste mentionnée au ~~cinquième~~ **sixième** alinéa de l'article L. 861-3, ces accords prévoient soit l'obligation pour les distributeurs de proposer un produit ou prestation à un prix n'excédant pas le montant des frais pris en charge défini par l'arrêté mentionné à l'article L. 861-3, soit le montant maximal pouvant être facturé aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé.

En l'absence d'accord ou lorsque les dispositions de l'accord ne répondent pas aux conditions définies à l'alinéa précédent, un arrêté fixe, après avis du comité économique des produits de santé, les obligations mentionnées à l'alinéa précédent s'imposant aux distributeurs.

Les dispositions du titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence sont applicables aux infractions à cet arrêté.

Les accords nationaux signés par les organismes nationaux d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations nationales syndicales des distributeurs de produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent être rendus applicables à l'ensemble des distributeurs par arrêté interministériel, pris après avis du comité économique des produits de santé. Les ministres peuvent, lorsque l'accord ou un avenant comporte une ou des dispositions non conformes aux lois et règlements en vigueur ou lorsqu'une ou des dispositions relatives aux prix proposés ne sont pas compatibles avec les critères de l'article L. 162-38, disjoindre ces dispositions dans l'arrêté.

Titre 7 - Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 4 - Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements

Section 1 - Dotation annuelle de financement et forfait journalier

- Article L. 174-4 [modifié par l'article 56 (ex 37)]

(Loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 art. 12 Journal Officiel du 28 janvier 1987)

(Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 art. 66 IV Journal Officiel du 19 janvier 1994)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 26 I Journal Officiel du 19 décembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2005)

Un forfait journalier est supporté par les personnes admises dans des établissements hospitaliers ou médico-sociaux, à l'exclusion des établissements mentionnés à l'article L. 174-6 du présent code, à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 et à l'article 5 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975. Ce forfait n'est pas pris en charge par les régimes obligatoires de protection sociale, sauf dans le cas des enfants et adolescents handicapés hébergés dans des établissements d'éducation spéciale ou professionnelle, des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, des bénéficiaires de l'assurance maternité et des bénéficiaires de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

Le forfait journalier peut être modulé dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, en fonction de l'un ou de plusieurs des critères suivants : catégorie de l'établissement, nature du service, durée du séjour. Ses différents montants sont fixés par arrêté.

Le forfait journalier s'impute à due concurrence sur la participation laissée éventuellement à la charge des assurés par leurs régimes respectifs d'assurance maladie, lorsque le montant de cette participation est supérieur ou égal à celui du forfait journalier ; dans le cas contraire, la participation est imputée sur le forfait. **Cette disposition n'est toutefois pas applicable lorsqu'en vertu du 1° de l'article L. 322-3 la participation de l'assuré à l'occasion d'une hospitalisation est limitée au motif que la dépense demeurant à sa charge dépasse un certain montant.**

Le forfait journalier peut être pris en charge par le régime local d'assurance maladie dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle dans des conditions fixées par décret.

Section 2 - Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les unités ou centres de long séjour

- Article L. 174-5 [modifié par l'article 46-II (ex 31-II)]

(Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 art. 19 Journal Officiel du 25 avril 1996)

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 30 I Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 59 II Journal Officiel du 12 février 2005)

Dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, le montant des dépenses afférentes aux soins est fixé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du président du conseil général.

Les dépenses afférentes aux soins dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les unités ou centres de long séjour, mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, sont prises en charge suivant des modalités fixées par voie réglementaire soit par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide médicale de l'Etat. Le montant annuel de ces dépenses prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles **mentionné à l'article L. 174-1-1.**

Section 3 - Dépenses afférentes aux soins dispensés dans certains établissements sociaux

- Article L. 174-9-1 [modifié par l'article 50-III 2° (ex 33-III 2°)]

(inséré par Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 38 III Journal Officiel du 24 décembre 2002)

Les centres de soins spécialisés aux toxicomanes mentionnés à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, **ainsi que les structures dénommées “lits halte soins santé” et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du même code** sont financés sous la forme d'une dotation globale annuelle.

~~La répartition des sommes versées à ces centres au titre de l'alinéa précédent entre les régimes d'assurance maladie est effectuée chaque année suivant la répartition des charges des dotations globales hospitalières pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 174-2.~~

La répartition des sommes versées à ces établissements au titre de l'alinéa précédent entre les régimes d'assurance maladie est effectuée chaque année suivant la répartition qui résulte de l'application de l'article L. 174-2.

Titre 8 : Diverses dispositions – dispositions d’application

Chapitre 2 bis : Union nationale des caisses d’assurance maladie – Union nationale des organismes d’assurance maladie complémentaire – Union nationale des professionnels de santé

Section 1 : Union nationale des caisses d’assurance maladie

- Article L. 182-2 [modifié par l’article 70-III (ex 44bis A, III)]

(Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 art. 21 I Journal Officiel du 25 janvier 1990)
(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 33 II 2° Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)
(inséré par Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 55 I Journal Officiel du 17 août 2004)

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie a pour rôle, dans le respect des objectifs de la politique de santé publique et des objectifs fixés par les lois de financement de la sécurité sociale :

- 1° De négocier et signer l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1 et les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 ;
- 2° De prendre les décisions en matière d'actes et prestations prévus à l'article L. 162-1-7 ;
- 3° De fixer la participation prévue en application des articles L. 322-2 et L. 322-3 **de l'article L. 322-2** ;
- 4° D'assurer les relations des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ;
- 5° De rendre un avis motivé et public sur les projets de loi et de décret relatifs à l'assurance maladie.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, en accord avec les organisations syndicales représentatives concernées et dans des conditions précisées par décret, associer l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire à la négociation et à la signature de tout accord, contrat ou convention prévus aux articles L. 162-1-13, L. 162-12-17, L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 162-14-1, L. 162-14-2, L. 162-16-1, L. 162-32-1, L. 165-6 et à leurs annexes ou avenants.

- Article L. 182-2-4 [modifié par l’article 48-V (ex 32-IX)]

(inséré par Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 55 I Journal Officiel du 17 août 2004)

Le directeur général, sur mandat du collège des directeurs :

- 1° Négocie et signe l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1 et les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 **ainsi que l'accord national mentionné à l'article L. 162-16-7** ;
- 2° Négocie et signe les contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion interrégimes prévus à l'article L. 183-2-3.

Le collège des directeurs :

- 1° Etablit le contrat type visé à l'article L. 183-1 servant de support aux contrats de services passés entre chaque union régionale des caisses d'assurance maladie et les organismes de sécurité sociale concernés ;
- 2° Met en oeuvre les orientations fixées par le conseil relatives aux inscriptions d'actes et prestations prévues à l'article L. 162-1-7 ;
- 3° Met en oeuvre les orientations fixées par le conseil dans les relations de l'assurance maladie avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Section 2 : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

- Article L. 182-3 [modifié par l'article 55 (ex 36ter) et 70-III (ex 44bis A III)]

(Loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 art. 17 Journal Officiel du 30 juillet 1992 en vigueur le 1er janvier 1993)
(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 33 II 2° Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)
(inséré par Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 55 I Journal Officiel du 17 août 2004)

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire regroupe des représentants des mutuelles régies par le code de la mutualité, des institutions de prévoyance régies par le présent code, de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et des entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Cette union est dotée d'un conseil.

L'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire rend un avis motivé et public sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale

Ces avis sont rendus dans les mêmes conditions que les avis mentionnés à l'article L.200-3.

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire émet des avis sur les propositions de décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie prises en application des articles L. 322-2, L. 322-3 **L. 322-2** [art ; 70-III] et L. 162-1-7, à l'exception de celles mentionnées au troisième alinéa du I de l'article L. 322-2.

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie examinent conjointement leurs programmes annuels de négociations avec les professionnels et les centres de santé portant sur leur champ respectif. Elles déterminent annuellement les actions communes menées en matière de gestion du risque.

Section 3 : Union nationale des professionnels de santé

- Article L. 182-4 [modifié par l'article 37-VI (ex 27-VI)]

(Loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 art. 18 Journal Officiel du 30 juillet 1992 en vigueur le 1er janvier 1993)
(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 33 II 2° Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)
(inséré par Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 55 I Journal Officiel du 17 août 2004)

L'Union nationale des professionnels de santé regroupe des représentants de l'ensemble des professions de santé libérales mentionnées au titre VI du présent livre. Sa composition, qui prend en compte les effectifs des professions concernées, est fixée par décret en Conseil d'Etat.

L'Union nationale des professionnels de santé émet des avis sur les propositions de décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie prises en application des articles L. 322-2, L. 322-3 et L. 322-4, à l'exception de la décision mentionnée au troisième alinéa du I de l'article L. 322-2.

L'Union nationale des professionnels de santé examine annuellement un programme annuel de concertation avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

L'Union nationale des professionnels de santé reçoit une contribution à son fonctionnement de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le montant de cette contribution est défini par l'accord mentionné à l'article L. 162-1-13 ou, à défaut, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

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 6 - Constitution et groupement des caisses

Section 3 - Dispositions diverses

- Article L. 216-6 [abrogé par l'article 92-VI (ex 57, VI)]

(Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 art. 1 II Journal Officiel du 6 janvier 1988)

(Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 art. 6 II Journal Officiel du 27 juillet 1994)

Les caisses primaires et régionales d'assurance maladie, la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg et les caisses d'allocations familiales peuvent confier à des agents agréés dans les conditions fixées à l'article L. 243-7 et assermentés le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.

—*Nota— Code de la sécurité sociale L623-1 : dispositions applicables à l'assurance vieillesse des non-salariés non-agricoles.

—Code de la sécurité sociale L721-8 : dispositions applicables à l'assurance vieillesse des ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses, L721-14 : ainsi qu'à leur assurance invalidité.*

Titre 2 - Organismes nationaux

Chapitre 1er - Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

- Article L. 221-1-1 [issu de l'art. 25 de la LFSS pour 1999, inséré par l'article 60-I (ex 39-I)]

(Modifié par Loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 33 II, III (JORF 21 décembre 2004))

I. - Il est créé, pour une durée de neuf ans à compter du 1er janvier 1999, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds d'aide à la qualité des soins de ville. Les professionnels de santé exerçant en ville et les centres de santé sont associés à la gestion du fonds.

II. - Le fonds finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes professionnels, et, le cas échéant, d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé. En outre, par l'octroi d'aides aux organismes concernés, il finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville dans le cadre de centres de santé. Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret.

Jusqu'au 31 décembre 2006, le fonds peut contribuer aux expérimentations, dans quelques sites pilotes, d'une offre d'hébergement, au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales. A ce titre, il peut, par dérogation, assurer le financement d'une mission chargée de conduire les expérimentations, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et de l'assurance maladie. **Jusqu'au 31 décembre 2006, il peut également contribuer à la mise en oeuvre du dossier médical personnel, au sens des articles L. 161-36-1 et suivants du présent code.**

Le fonds peut contribuer au financement des aides aux professionnels de santé mentionnés à ~~l'alinéa précédent~~ **au premier alinéa du présent II**, autres que des médecins, en vue de faciliter leur installation dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

Le fonds participe au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux organisées par les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral mentionnées à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique et des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins exerçant au sein des structures visées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique organisées par les unions régionales des caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 183-1 du code de la sécurité sociale.

Le fonds peut attribuer des aides pour le financement des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales. Il peut aussi contribuer au financement de toute action visant à favoriser une bonne répartition des professionnels de santé sur le territoire, en milieu urbain comme en milieu rural.

III. - Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, ~~et pour 1999 à 500 millions de francs~~. La répartition 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 est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

IV. - L'attribution de certaines aides peut être déconcentrée, en étant confiée à des caisses locales ou des unions de caisses. Les modalités de déconcentration, de fonctionnement et de gestion du fonds, de participation des représentants des professionnels de santé exerçant en ville et des centres de santé ainsi que les aides éligibles à un financement par le fonds sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

V. - L'impact des financements attribués par le fonds au titre du II fait l'objet d'une évaluation au regard notamment de l'organisation, de la continuité et de la sécurité des soins ainsi qu'en ce qui concerne les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Gouvernement et au Parlement au plus tard le 30 juin 2005.

Chapitre 2 – Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés

- Article L. 222-6 [modifié par l'article 80 (ex 48 ter)]
(inséré par Loi n° 2004-803 du 9 août 2004 art. 20 Journal Officiel du 11 août 2004)

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés peut intervenir pour la partie des prestations servies par des régimes spéciaux existant avant le 6 octobre 1945, équivalente aux prestations d'assurance vieillesse servies aux travailleurs salariés du régime général.

Elle passe une convention financière avec la personne morale en charge de la gestion du risque vieillesse au sein du régime spécial. Les dispositions prévues au premier alinéa ne peuvent entrer en

application que si l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale conclut parallèlement une convention financière avec la même personne morale, dans des conditions prévues à l'article L. 225-1-2.

Cette convention est soumise à l'approbation des ministres de tutelle des régimes de sécurité sociale concernés.

L'opération définie au premier alinéa constitue un adossement de la branche vieillesse d'un régime spécial sur la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. Elle fait l'objet, préalablement à la signature de la convention, d'une information appropriée des commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat en charge des affaires sociales ainsi que des autres commissions concernées, qui disposent d'un délai raisonnable pour évaluer les documents qui leur sont transmis. L'information préalable du Parlement porte sur les modalités des opérations d'adossement, qu'elles soient réalisées par voie législative ou réglementaire.

Les commissions saisies au fond du projet de loi de financement de la sécurité sociale agissent dans le cadre de leurs prérogatives de suivi et de contrôle énoncées aux articles L.O. 111-9 et L.O. 111-10.

- Article L. 222-7 *[créé par l'article 79 (ex 48 bis)]*

L'adossement d'un régime de retraite spécial ou de tout autre régime de retraite sur la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés est réalisé conformément aux dispositions de l'article L. 222-6 et respecte le principe de stricte neutralité financière de l'opération pour les assurés sociaux du régime général.

La personne morale en charge, pour le régime adossé, de la gestion du risque vieillesse présente chaque année, dans le cadre de son rapport public annuel, l'ensemble des informations démographiques, financières et économiques permettant d'apprécier le respect du principe de stricte neutralité de l'adossement à l'égard des assurés sociaux relevant de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et des fédérations d'institutions de retraite complémentaire.

La personne morale en charge, pour le régime adossé, de la gestion du risque vieillesse, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et les fédérations d'institutions de retraite complémentaire établissent un rapport sur la neutralité du dispositif d'adossement à l'égard des assurés sociaux relevant du régime général et des régimes de retraite complémentaire. A compter de la date d'entrée en vigueur de l'adossement, ces rapports sont adressés tous les cinq ans au Parlement.

Chapitre 3 - Caisse nationale des allocations familiales

- Article L. 223-1 *[modifié par l'article 90 (ex 55)]*

(Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 art. 1 II Journal Officiel du 6 janvier 1988)

(Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 art. 7 II, art. 21 II, art. 25 III Journal Officiel du 27 juillet 1994)

(Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 21 I Journal Officiel du 24 décembre 2000)

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 56 I Journal Officiel du 26 décembre 2001)

La caisse nationale des allocations familiales a pour rôle :

- 1°) d'assurer le financement de l'ensemble des régimes de prestations familiales ;
- 2°) de gérer un fonds d'action sanitaire et sociale dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis de son conseil d'administration ;
- 3°) d'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'allocations familiales et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;
- 4°) De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses d'allocations familiales et des unions et fédérations desdits organismes et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime général, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux stipulations

conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat ;

5°) De verser au Fonds de solidarité vieillesse créé à l'article L. 135-1 un montant égal ~~aux~~ à **60 % des dépenses** prises en charge par ce fonds au titre des majorations de pensions mentionnées au a du 3° et au 6° de l'article L. 135-2 ; ce versement fait l'objet d'acomptes ;

6° D'assurer le remboursement des indemnités ou allocations versées dans les conditions fixées par les articles L. 331-8, L. 615-19-2 et L. 722-8-3 du présent code, les articles L. 732-12-1 et L. 742-3 du code rural et le dernier alinéa de l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines, ainsi que des frais de gestion afférents au service de ces indemnités ou allocations dont le montant est fixé par arrêté ministériel ;

7° D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération brute, déduction faite des indemnités, des avantages familiaux et des cotisations et contributions sociales salariales, servie pendant la durée du congé de paternité aux ouvriers sous statut de l'Etat, aux magistrats, aux militaires et aux fonctionnaires visés à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret ;

8° D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération soumise à cotisation au titre des allocations familiales, déduction faite des cotisations et contributions sociales salariales, versée aux agents bénéficiant des régimes spéciaux de la Société nationale des chemins de fer français, de la Régie autonome des transports parisiens, des industries électriques et gazières et de la Banque de France, pendant la durée du congé de paternité ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret.

Titre 4 - Ressources

Chapitre 1er - Généralités

Section 1 : Assurances sociales

Sous-section 1 : Assurance maladie, maternité, invalidité et décès

- Article L. 241-2 [modifié par l'article 23-I (ex 15 ter-I)]

(Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 art. 1 II Journal Officiel du 6 janvier 1988)
(Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 art. 27 Journal Officiel du 29 décembre 1996)
(Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 art. 8 Journal Officiel du 23 décembre 1997)
(Loi n° 99-541 du 27 juillet 1999 art. 11 Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)
(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 9 II Journal Officiel du 30 décembre 1999)
(Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 16 III, art. 31 III Journal Officiel du 24 décembre 2000)
(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 13 III b, IV b, art. 56 II Journal Officiel du 26 décembre 2001)
(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 10 II Journal Officiel du 24 décembre 2002)
(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 5 I Journal Officiel du 19 décembre 2003)
(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 75 II Journal Officiel du 17 août 2004)
(Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 13 I Journal Officiel du 21 décembre 2004)

Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :

- 1°) les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations ainsi que les avantages de retraite versés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ;
- 2°) les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2 ;
- 3°) Le produit de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés, prévue par l'article L. 245-13.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés.

Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article.

Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :

- 1°) Une fraction égale à ~~32,50 %~~ **32,46 %** du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ;
- 2°) Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3.

Nota : art. 23 IV : Les dispositions du présent article s'appliquent aux sommes à percevoir à compter du 1er janvier 2006.

Section 4 - Dispositions communes

(...)

- Article L. 241-15 [créé par l'article 14-I (ex 13-I)]

Pour la mise en oeuvre des mesures d'exonération ou de réduction de cotisations de sécurité sociale prévues par le présent code ou par toute autre disposition législative ou réglementaire, l'assiette de calcul s'entend des heures rémunérées quelle qu'en soit la nature.

Chapitre 2 - Assiette, taux et calcul des cotisations

Section 1 - Cotisations assises sur les rémunérations ou gains versés aux travailleurs salariés et assimilés

- Article L. 242-1 [modifié par les articles 14-II (ex 13-II) et 16 (ex 13 ter A)]

(Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 art. 1 II Journal Officiel du 6 janvier 1988)
(Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 art. 3 III Journal Officiel du 30 janvier 1993 en vigueur le 1er janvier 1993)
(Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 49 I Journal Officiel du 5 février 1995)
(Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 art. 11 I Journal Officiel du 29 décembre 1996)
(Loi n° 97-277 du 25 mars 1997 art. 27 Journal Officiel du 26 mars 1997)
(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 7 2° Journal Officiel du 27 décembre 1998)
(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 2 II Journal Officiel du 30 décembre 1999)
(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 48 II Journal Officiel du 18 janvier 2002)
(Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 113 I Journal Officiel du 22 août 2003)
(Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 art. 82 IV finances pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2003)
(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 57 VI Journal Officiel du 17 août 2004)
(Loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 art. 83 III finances pour 2005 Journal Officiel du 31 décembre 2004)
(Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 art. 41 II Journal Officiel du 27 juillet 2005 en vigueur le 1er janvier 2005)

Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. **La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire.**

Lorsque le bénéficiaire d'une option accordée dans les conditions prévues aux articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce ne remplit pas les conditions prévues au I de l'article 163 bis C du code général des impôts, est considéré comme une rémunération le montant déterminé conformément au II du même article. Toutefois l'avantage correspondant à la différence définie au II de l'article 80 bis du code général des impôts est considéré comme une rémunération lors de la levée de l'option.

Il ne peut être opéré sur la rémunération ou le gain des intéressés servant au calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, de déduction au titre de frais professionnels que dans les conditions et limites fixées par arrêté interministériel. Il ne pourra également être procédé à des déductions au titre de frais d'atelier que dans les conditions et limites fixées par arrêté ministériel.

Ne seront pas comprises dans la rémunération les prestations de sécurité sociale versées par l'entremise de l'employeur.

~~Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions des employeurs destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX, ainsi que celles versées en couverture d'engagements de retraite complémentaire souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en œuvre les régimes institués en application de l'article L. 921-4.~~

Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions mises à la charge des employeurs en application d'une disposition législative ou réglementaire ou d'un accord national interprofessionnel mentionné à l'article L. 921-4, destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX ou versées en couverture d'engagements de retraite complémentaire souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en œuvre les régimes institués en application de l'article L. 921-4 et dues au titre de la part patronale en application des textes régissant ces couvertures d'engagements de retraite complémentaire.

Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance versées par les organismes régis par les titres III et IV du livre IX du présent code ou le livre II du

code de la mutualité ou par des entreprises régies par le code des assurances, lorsqu'elles revêtent un caractère collectif et obligatoire déterminé dans le cadre d'une des procédures visées à l'article L. 911-1 du présent code :

- 1° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement d'opérations de retraite déterminées par décret ; l'abondement de l'employeur à un plan d'épargne pour la retraite collectif exonéré aux termes du deuxième alinéa de l'article L. 443-8 du code du travail est pris en compte pour l'application de ces limites ;
- 2° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations complémentaires de prévoyance, à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2.

Toutefois, les dispositions des trois alinéas précédents ne sont pas applicables lorsque lesdites contributions se substituent à d'autres éléments de rémunération au sens du présent article, à moins qu'un délai de douze mois ne se soit écoulé entre le dernier versement de l'élément de rémunération en tout ou partie supprimé et le premier versement desdites contributions.

Les personnes visées au 20° de l'article L. 311-3 qui procèdent par achat et revente de produits ou de services sont tenues de communiquer le pourcentage de leur marge bénéficiaire à l'entreprise avec laquelle elles sont liées.

Sont également pris en compte, dans les conditions prévues à l'article L. 242-11, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité.

Sont aussi prises en compte les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur ou à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 duodecies du même code.

Les attributions gratuites d'actions effectuées conformément aux dispositions des articles L. 225-197-1 à L. 225-197-3 du code de commerce sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa si sont respectées les conditions d'attribution fixées par le conseil d'administration ou, le cas échéant, le directoire, en application des dispositions du sixième alinéa de l'article L. 225-197-1 du même code **et si l'employeur notifie à son organisme de recouvrement l'identité de ses salariés ou mandataires sociaux auxquels des actions gratuites ont été attribuées définitivement au cours de l'année civile précédente, ainsi que le nombre et la valeur des actions attribuées à chacun d'entre eux** [inséré par art. 16 ex 13 ter A]. A défaut, l'employeur est tenu au paiement de la totalité des cotisations sociales, y compris pour leur part salariale.

Les dispositions de l'avant-dernier alinéa sont également applicables lorsque l'attribution est effectuée, dans les mêmes conditions, par une société dont le siège est situé à l'étranger et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle l'attributaire exerce son activité.

- Article L. 242-1-1 [créé par l'article 25-II (ex 17-II)]

Les rémunérations, versées ou dues à des salariés, qui sont réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de l'infraction définie aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 324-10 du code du travail ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale ou de minoration de l'assiette de ces cotisations.

Chapitre 3 - Recouvrement - Sûretés - Prescription - Contrôle

Section 4 - Contrôle

- Article L. 243-11 [modifié par les articles 25- III (ex 17-III) et 92-VI (ex 57-VI)]

(Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 art. 1 II Journal Officiel du 6 janvier 1988)
(Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 art. 6 IV Journal Officiel du 27 juillet 1994)
(Ordonnance n° 2005-804 du 18 juillet 2005 art. 8 Journal Officiel du 19 juillet 2005)

Les employeurs, qu'ils soient des personnes privées, des personnes publiques autres que l'Etat ou, pour l'application de l'article L. 243-7 du présent code, l'Etat, et les travailleurs indépendants sont tenus de recevoir les agents de contrôle des organismes mentionnés aux articles L. 243-7 et ~~L. 216-6~~, **L. 114-10** [art. 92] ainsi que les ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité régulièrement accrédités par les caisses régionales d'assurance maladie. ~~Les oppositions ou obstacles à ces visites ou inspections sont passibles des mêmes peines que celles prévues par le code du travail en ce qui concerne l'inspection du travail.~~

- Article L. 243-12 [modifié par l'article 92-VI (ex 57-VI)]

(Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 art. 1 II Journal Officiel du 6 janvier 1988)
(Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 art. 6 V Journal Officiel du 27 juillet 1994)
(Loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 art. 8 V, VII Journal Officiel du 3 juillet 1998 en vigueur le 1er août 1998)

Les agents des organismes de sécurité sociale mentionnés aux articles ~~L. 216-6~~, **L. 114-10** et L. 243-7 peuvent, à tout moment, exiger des employeurs soumis à leur contrôle la communication des doubles des bulletins de paie mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 143-3 du code du travail. Ces doubles sont conservés par l'employeur pendant cinq ans.

**Nota : Code de la sécurité sociale L243-2 : champ d'application.*

Code de la sécurité sociale R642-10 : dispositions applicables aux régimes d'assurance vieillesse complémentaires des professions libérales.

*Loi 87-563 du 17 juillet art. 5 : application à Saint-Pierre-et-Miquelon sous réserve d'adaptations nécessaires.**

- Article L. 243-12-1 [créé par l'article 25-IV (ex 17-IV)]

Le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 243-11, quel que soit leur cadre d'action, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 € d'amende.

- Article L. 243-12-2 [créé par l'article 25-IV (ex 17-IV)]

Les personnes morales peuvent être déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal, de l'infraction définie à l'article L. 243-12-1 du présent code. La peine encourue par les personnes morales est l'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal.

- Article L. 243-12-3 [créé par l'article 25-IV (ex 17-IV)]

Les dispositions du code pénal qui prévoient et répriment les actes de résistance, les outrages et les violences contre les officiers de police judiciaire sont, en outre, applicables à ceux qui se rendent coupables de faits de même nature à l'égard des agents de contrôle visés à l'article L. 243-11.

- Article L. 243-13 [abrogé par l'article 92-VI (ex 57, VI)]

(Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 art. 1 II Journal Officiel du 6 janvier 1988)

~~Par dérogation aux dispositions qui les assujettissent au secret professionnel, les agents des administrations fiscales sont habilités à signaler aux directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales et aux chefs des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique~~

~~sociale agricoles les infractions qu'ils constatent en ce qui concerne l'application des lois et règlements relatifs au régime général ou au régime agricole de sécurité sociale.~~

~~De leur côté, les agents des organismes du régime général de sécurité sociale, ainsi que les agents des caisses de mutualité sociale agricole, communiquent aux administrations fiscales les infractions qu'ils relèvent en ce qui concerne l'application des lois et règlements relatifs aux impôts et taxes en vigueur.~~

~~—*Nota— Code de la sécurité sociale L623-1 : dispositions applicables à l'assurance vieillesse des non-salariés non-agricoles. Code de la sécurité sociale L243-2 : champ d'application. Code de la sécurité sociale R642-10 : dispositions applicables aux régimes d'assurance vieillesse complémentaires des professions libérales.~~

~~Loi 87-563 du 17 juillet art. 5 : application à Saint-Pierre-et-Miquelon sous réserve d'adaptations nécessaires.*~~

~~—Nota : Décret 98-994 1998-10-30 art. 1 : les présentes dispositions sont applicables dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon sous réserve des adaptations suivantes :~~

~~Les mots : "préfet de région", "directeur régional des affaires sanitaires et sociales" sont remplacés par les mots : "préfet de la collectivité territoriale".~~

~~Nota : Loi 2002-303 2002-03-04 art. 126 VI : Pour son application en Nouvelle-Calédonie, l'article L. 243-13 est ainsi rédigé :~~

~~Art. L. 243-13. — Par dérogation aux dispositions qui les assujettissent au secret professionnel, les agents des administrations fiscales sont habilités à signaler à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie les infractions qu'ils constatent en ce qui concerne l'application des lois et règlements relatifs au régime général de sécurité sociale de la Nouvelle-Calédonie.~~

- Article L. 243-13-1 *[abrogé par l'article 92-VI (ex 57, VI)]*

(inséré par Loi n° 97-210 du 11 mars 1997 art. 20 Journal Officiel du 12 mars 1997)

~~—L'autorité judiciaire est habilitée à communiquer aux organismes de sécurité sociale et aux caisses de mutualité sociale agricole cités à l'article L. 324-12 du code du travail ainsi qu'aux caisses assurant le service des congés payés mentionnées au livre VII du même code toute indication qu'elle peut recueillir de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manoeuvre quelconque ayant eu pour objet ou ayant pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales, qu'il s'agisse d'une instance civile ou commerciale ou d'une information criminelle ou correctionnelle même terminée par un non-lieu.~~

~~—Nota : Loi 2002-303 2002-03-04 art. 126 VII : Pour son application en Nouvelle-Calédonie, l'article L. 243-13-1 est ainsi rédigé :~~

~~Art. L. 243-13-1. — L'autorité judiciaire est habilitée à communiquer à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie toute indication qu'elle peut recueillir de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manoeuvre quelconque ayant pour objet ou ayant pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales.~~

Chapitre 5 - Ressources autres que les cotisations

Section 2 - Contribution à la charge des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1

- Article L. 245-5-1 [modifié par l'article 21-IV (ex15-IV)] *(inséré par Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 14 I Journal Officiel du 19 décembre 2003)*

Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution en France de dispositifs médicaux à usage individuel, de tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, de produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 ou de prestations de services et d'adaptation associées inscrits au ~~titre Ier~~ **aux titres Ier et III** de la liste prévue à l'article L. 165-1.

Nota : Loi 2003-1199 2003-12-18 art. 14 III : les dispositions du présent article sont applicables pour la première fois à l'assiette déterminée au titre de l'année 2003.

- Article L. 245-5-2 [modifié par l'article 21-V (ex 15-V)] *(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 14 I Journal Officiel du 19 décembre 2003) (Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 73 I Journal Officiel du 17 août 2004)*

La contribution est assise sur les charges comptabilisées au titre du dernier exercice clos au titre :

- 1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes, qu'elles soient ou non salariées des entreprises redevables de la contribution, qui interviennent en France aux fins de présenter, promouvoir ou vendre les produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique, auprès des masseurs-kinésithérapeutes ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à la promotion, la présentation ou la vente des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;
- 2° Des remboursements de frais de transports, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;
- 3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, sauf dans la presse médicale bénéficiant d'un numéro de commission paritaire ou d'un agrément défini dans les conditions fixées par décret, dès lors qu'un des dispositifs, tissus, cellules, produits ou prestations y est mentionné.

Il est procédé sur l'assiette définie aux alinéas précédents à un abattement forfaitaire de ~~100 000 Euros~~ **50 000 euros**.

Le taux de la contribution est fixé à 10 %.

Nota : Loi 2004-810 2004-08-13 art. 73 III : les dispositions du présent article s'appliquent pour la 1ère fois à la détermination de la contribution due au plus tard le 1er décembre 2005.

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 L. 245-6 [modifié par l'article 21-VI (ex 15-Vbis)]

(Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 art. 1 II Journal Officiel du 6 janvier 1988)

(Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 art. 40 IV, V Journal Officiel du 20 janvier 1991)

(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 65 II Journal Officiel du 24 décembre 2002 en vigueur le 1er janvier 2003)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 74 I Journal Officiel du 17 août 2004)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 74 II Journal Officiel du 17 août 2004)

Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

La contribution est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du même code, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code, **et à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaire remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros.** Le chiffre d'affaires concerné s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises.

Le taux de la contribution est fixé à 0,6 %. La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

La contribution est versée de manière provisionnelle le 15 avril de l'année au titre de laquelle elle est due, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini au deuxième alinéa et réalisé au cours de l'année civile précédente par le taux défini au troisième alinéa. Une régularisation intervient au 15 avril de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.

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

Titre 5 - Régime financier

Chapitre 6 - Dispositions communes - Dispositions diverses

- Article L. 256-5 [abrogé par l'article 92-VI (ex 57, VI)]

(inséré par Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 9 Journal Officiel du 21 décembre 2004)

~~— Les organismes de sécurité sociale peuvent, pour le recouvrement des sommes indûment versées, engager une action en recouvrement dans les conditions prévues aux sixième à huitième alinéas de l'article L. 133-4.~~

Livre 3 - Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 1 - Généralités

Chapitre 1er - Champ d'application des assurances sociales

- Article L. 311-3 [modifié par l'article 18 (ex 13 quater)]

(Loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 art. 7 II Journal Officiel du 12 juillet 1989)
(Loi n° 91-1 du 3 janvier 1991 art. 22 III Journal Officiel du 5 janvier 1991)
(Loi n° 90-1259 du 31 décembre 1990 art. 35 I Journal Officiel du 5 janvier 1991 en vigueur le 1er janvier 1992)
(Loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 art. 26 VI, V Journal Officiel du 4 janvier 1992 en vigueur le 1er janvier 1992)
(Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 art. 3 II Journal Officiel du 30 janvier 1993 en vigueur le 1er janvier 1993)
(Loi n° 94-126 du 11 février 1994 art. 36 Journal Officiel du 13 février 1994)
(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 15 Journal Officiel du 27 décembre 1998)
(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 7 I, art. 9 I Journal Officiel du 26 décembre 2001)
(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51 II Journal Officiel du 18 janvier 2002)
(Loi n° 2003-721 du 1 août 2003 art. 21 III Journal Officiel du 5 août 2003)
(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 71 I Journal Officiel du 17 août 2004)

Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :

- 1°) les travailleurs à domicile soumis aux dispositions des articles L. 721-1 et suivants du code du travail ;
- 2°) les voyageurs et représentants de commerce soumis aux dispositions des articles L. 751-1 et suivants du code du travail ;
- 3°) les employés d'hôtels, cafés et restaurants ;
- 4°) sans préjudice des dispositions du 5°) du présent article réglant la situation des sous-agents d'assurances, les mandataires non assujettis à la taxe professionnelle mentionnés au 4° de l'article R. 511-2 du code des assurances rémunérés à la commission, qui effectuent d'une façon habituelle et suivie des opérations de présentation d'assurances pour une ou plusieurs entreprises d'assurances telles que définies par l'article L. 310-I du code des assurances et qui ont tiré de ces opérations plus de la moitié de leurs ressources de l'année précédente ;
- 5°) les sous-agents d'assurances travaillant d'une façon habituelle et suivie pour un ou plusieurs agents généraux et à qui il est imposé, en plus de la prospection de la clientèle, des tâches sédentaires au siège de l'agence ;
- 6°) les gérants non-salariés des coopératives et les gérants de dépôts de sociétés à succursales multiples ou d'autres établissements commerciaux ou industriels ;
- 7°) les conducteurs de voitures publiques dont l'exploitation est assujettie à des tarifs de transport fixés par l'autorité publique, lorsque ces conducteurs ne sont pas propriétaires de leur voiture ;
- 8°) les porteurs de bagages occupés dans les gares s'ils sont liés, à cet effet, par un contrat avec l'exploitation ou avec un concessionnaire ;
- 9°) les ouvreuses de théâtres, cinémas, et autres établissements de spectacles, ainsi que les employés qui sont dans les mêmes établissements chargés de la tenue des vestiaires et qui vendent aux spectateurs des objets de nature diverse ;
- 10°) les personnes assurant habituellement à leur domicile, moyennant rémunération, la garde et l'entretien d'enfants qui leur sont confiés par les parents, une administration ou une oeuvre au contrôle desquels elles sont soumises ;
- 11°) Les gérants de sociétés à responsabilité limitée et de sociétés d'exercice libéral à responsabilité limitée à condition que lesdits gérants ne possèdent pas ensemble plus de la moitié du capital social, étant entendu que les parts appartenant, en toute propriété ou en usufruit, au conjoint et aux enfants mineurs non émancipés d'un gérant sont considérées comme possédées par ce dernier ;
- 12°) Les présidents-directeurs et directeurs généraux des sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme ;
- 13°) les membres des sociétés coopératives ouvrières de production ainsi que les gérants, les directeurs généraux, les présidents du conseil d'administration et les membres du directoire des mêmes coopératives lorsqu'ils perçoivent une rémunération au titre de leurs fonctions et qu'ils n'occupent pas d'emploi salarié dans la même société ;
- 14°) les délégués à la sécurité des ouvriers des carrières exerçant leurs fonctions dans des entreprises ne relevant pas du régime spécial de la sécurité sociale dans les mines, les obligations de l'employeur étant, en ce qui les concerne, assumées par le ou les exploitants intéressés ;
- 15°) les artistes du spectacle et les mannequins auxquels sont reconnues applicables les dispositions des articles L. 762-1 et suivants, L. 763-1 et L. 763-2 du code du travail.

Les obligations de l'employeur sont assumées à l'égard des artistes du spectacle et des mannequins mentionnés à l'alinéa précédent, par les entreprises, établissements, services, associations, groupements ou personnes qui font appel à eux, même de façon occasionnelle ;

16°) les journalistes professionnels et assimilés, au sens des articles L. 761-1 et L. 761-2 du code du travail, dont les fournitures d'articles, d'informations, de reportages, de dessins ou de photographies à une agence de presse ou à une entreprise de presse quotidienne ou périodique, sont réglées à la pige, quelle que soit la nature du lien juridique qui les unit à cette agence ou entreprise ;

17°) Les personnes agréées qui accueillent des personnes âgées ou handicapées adultes et qui ont passé avec celles-ci à cet effet un contrat conforme aux dispositions de l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles ;

18°) Les vendeurs-colporteurs de presse et porteurs de presse, visés aux paragraphes I et II de l'article 22 de la loi n° 91-1 du 3 janvier 1991 tendant au développement de l'emploi par la formation dans les entreprises, l'aide à l'insertion sociale et professionnelle et l'aménagement du temps de travail, pour l'application du troisième plan pour l'emploi, non immatriculés au registre du commerce ou au registre des métiers ;

19°) Les avocats salariés, sauf pour les risques gérés par la Caisse nationale des barreaux français visée à l'article L. 723-1 à l'exception des risques invalidité-décès ;

20°) Les vendeurs à domicile visés au I de l'article 3 de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, non immatriculés au registre du commerce ou au registre spécial des agents commerciaux ;

21°) Les personnes qui exercent à titre occasionnel pour le compte de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un de leurs établissements publics administratifs, ou d'un organisme privé chargé de la gestion d'un service public à caractère administratif, une activité dont la rémunération est fixée par des dispositions législatives ou réglementaires ou par décision de justice. Un décret précise les types d'activités et de rémunérations en cause.

Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables, sur leur demande, dans des conditions fixées par décret, aux personnes exerçant à ~~titre principal~~ une des professions visées à l'article L. 621-3, lorsque les activités occasionnelles visées ci-dessus en sont le prolongement ;

22°) Les dirigeants des associations remplissant les conditions prévues au deuxième alinéa du d du 1° du 7 de l'article 261 du code général des impôts ;

23°) Les présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées ;

24°) Les administrateurs des groupements mutualistes qui perçoivent une indemnité de fonction et qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale ;

25°) Les personnes bénéficiaires d'un appui à la création ou à la reprise d'une activité économique dans les conditions définies par l'article L. 127-1 du code de commerce ;

26°) Les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 781-1 du code du travail.

- Article L. 311-5 [modifié par l'article 34-II (ex 26-II)]

(Loi n° 86-1320 du 30 décembre 1986 art. 17 III Journal Officiel du 31 décembre 1986)

(Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 art. 64 II Journal Officiel du 31 juillet 1987)

(Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 37 III Journal Officiel du 5 février 1995)

(Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 art. 74 III Journal Officiel du 19 janvier 2005)

Toute personne percevant l'une des allocations mentionnées au 4° du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 ou de l'article L. 321-4-2 du code du travail ou l'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 351-2 du même code conserve la qualité d'assuré et bénéficie du maintien de ses droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elle relevait antérieurement. **Elle continue à en bénéficier, en cas de reprise d'une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à prestation fixées à l'article L. 313-1, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat.**

A défaut, elle bénéficie, pour elle-même et ses ayants droit, des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général.

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 161-8 du présent code, ont également droit, pour elles-mêmes et leurs ayants droit, aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général :

1°) les personnes qui ont épuisé leurs droits aux revenus de remplacement mentionnés au premier alinéa, tant qu'elles demeurent à la recherche d'un emploi. Cette condition est réputée satisfaite pour les personnes dispensées d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi en application du troisième alinéa de l'article L. 311-5 du code du travail.

2°) les personnes percevant l'une des allocations mentionnées aux 2° et 3° du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail ;

3°) les bénéficiaires des allocations versées en cas d'absence complète d'activité, par application d'accords professionnels ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux, mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail.

Les personnes qui, pendant un congé parental ou à l'issue de ce congé, sont involontairement privées d'emploi bénéficient pour elles-mêmes et leurs ayants droit, tant que dure leur indemnisation, de leurs droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elles relevaient antérieurement au congé parental d'éducation.

Chapitre 4 – Dispositions relatives aux soins pris en charge par l'assurance maladie

- Article L. 314-1 [modifié par l'article 94 (ex 57 ter)]

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 19 Journal Officiel du 17 août 2004)

Lorsqu'elles reçoivent les documents établis pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie, les caisses, avec l'appui des services médicaux de chacun des régimes d'assurance maladie obligatoire, dans le respect du secret professionnel et médical, vérifient :

1° Que l'ensemble des conditions auxquelles est subordonnée la prise en charge est rempli, notamment les exigences prévues aux articles L. 162-4, L. 162-4-1, L. 161-36-2, L. 315-2, L. 322-3 et L. 324-1 ;

2° Que les actes pratiqués ou les traitements prescrits :

a) N'excèdent pas les limites et indications prévues par les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ;

b) Respectent les recommandations de bonne pratique cliniques et les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15 ;

3° Que les dépenses présentées au remboursement ne méconnaissent pas les engagements conventionnels ou le règlement arbitral, les engagements prévus dans les contrats souscrits en application des articles L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 183-1-1 et les accords prévus à l'article L. 162-12-17.

Les assurés sociaux et les professionnels de santé ayant réalisé les actes ou prestations, ou délivré les produits sont tenus, le cas échéant, de fournir à la caisse ou au service du contrôle médical les éléments nécessaires aux vérifications mentionnées ci-dessus.

Lorsqu'une anomalie est constatée par la caisse ou le service médical, ceux-ci apprécient les responsabilités respectives de l'assuré ou du professionnel de santé dans l'inobservation des règles prévues au présent article. En fonction de cette appréciation et des irrégularités relevées, il est fait application des procédures prévues au présent code, et notamment celles mentionnées aux articles L. 162-1-14, L. 162-1-15 et L. 315-2. Si l'irrégularité est imputable à l'assuré ou à son ayant droit, la caisse peut décider de ne pas procéder à la prise en charge des frais.

Les organismes mentionnés au premier alinéa informent, le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré de la mise en œuvre de la procédure visée au présent article.

Chapitre 5 – Contrôle médical

- Article L. 315-1 *[modifié par l'article 43-VIII (ex 30-VIII)]*

(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 10 Journal Officiel du 25 avril 1996)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 6 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 26, art. 27 I, art. 48 III d Journal Officiel du 17 août 2004)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 31 VII, art. 42 II Journal Officiel du 19 décembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2005)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 26, art. 27 I, art. 48 III d Journal Officiel du 17 août 2004)

I. - Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité.

II. - Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de ces prescriptions sont mis en oeuvre dans des conditions définies par la convention mentionnée à l'article L. 227-1.

Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application du dernier alinéa de l'article 1er de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail, ce médecin transmet son avis au service du contrôle médical de la caisse. Si ce service conclut également, au vu de cet avis, à l'absence de justification de l'arrêt de travail, la caisse suspend le versement des indemnités journalières après en avoir informé l'assuré.

III. - Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé mentionnés aux articles L. 162-29 et L. 162-29-1 dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie notamment au regard des règles définies en application des dispositions de l'article L. 162-1-7.

III bis – Le service du contrôle médical procède auprès des établissement de santé visés à l'article L. 162-22-6, des pharmaciens et des distributeurs de produits ou prestations, dans le respect des règles déontologiques, aux contrôles nécessaires en matière de délivrance et de facturation de médicaments, produits ou prestations donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie.

IV. - Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L. 162-14-2. La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret.

Par l'ensemble des actions mentionnées au présent article, le service du contrôle médical concourt, dans les conditions prévues aux articles L. 183-1, L. 211-2-1 et au 5° de l'article L. 221-1, à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie.

IV. bis. - Le service du contrôle médical s'assure de l'identité du patient à l'occasion des examens individuels qu'il réalise, en demandant à la personne concernée de présenter sa carte nationale d'identité ou tout autre document officiel comportant sa photographie.

V. - Les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical.

Titre 2 - Assurance maladie

Chapitre 2 : Prestations en nature

Section 1 : participation de l'assuré

- Article L. 322-2 [modifié par l'article 70-I (ex 44bis A-I)]
(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 20 I, art. 41 I Journal Officiel du 17 août 2004)

I. - La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

La participation est fixée ~~et peut être, dans les cas mentionnés à l'article L. 322-3, réduite ou supprimée~~, dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée.

L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

II. - L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.

Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.

Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.

Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être versée directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3.

Nota : Loi 2004-810 2004-08-13 art. 20 V : jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie prévue au II de l'art. L322-2, dans sa présente rédaction, le montant de la participation mentionnée audit II est fixé par décret.

- Article L. 322-3 [modifié par l'article 70-II (ex 44bis A II)]

*(Loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 art. 32 Journal Officiel du 26 juillet 1994)
(Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 art. 31 Journal Officiel du 18 juin 1998)
(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 20 II art. 35 II Journal Officiel du 27 décembre 1998)
(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 34 VI Journal Officiel du 26 décembre 2001)
(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 81 III Journal Officiel du 5 mars 2002 en vigueur le 1er janvier 2003)
(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 38 II Journal Officiel du 19 décembre 2003)
(Ordonnance n° 2004-329 du 15 avril 2004 art. 4 I Journal Officiel du 17 avril 2004 en vigueur le 1er juillet 2004)
(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 6 I, IV art. 41 II Journal Officiel du 17 août 2004)
(Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 30 Journal Officiel du 21 décembre 2004)*

La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée **dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire** dans les cas suivants :

- 1°) lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;
- 2°) lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;
- 3°) lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ;
- 4°) lorsque le bénéficiaire a été reconnu par le contrôle médical atteint d'une affection non inscrite sur la liste mentionnée ci-dessus, et comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- 5°) lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité au titre d'un avantage vieillesse ;
- 6°) lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 3° de l'article L. 321-1 ;
- 7°) lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;
- 8°) lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52.1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;
- 9°) lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;
- 10°) Abrogé.
- 11°) Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat ;
- 12°) pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;
- 13°) pour les bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;
- 14°) pour les ayants droit des bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;
- 15°) pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal ;
- 16°) Pour les frais d'exams de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs effectués dans le cadre des programmes mentionnés au 6° de l'article L. 321-1 ;
- 17°) Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 9° de l'article L. 321-1.

La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.

Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la

participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.

Chapitre 3 - Prestations en espèces

- Article L. 323-4 [modifié par l'article 34-III (ex 26-III)]

(Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 art. 5 VI Journal Officiel du 23 décembre 1997)

L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain journalier de base. Pour les assurés ayant un nombre d'enfants minimum à charge, au sens de l'article L. 313-3, cette indemnité représente une fraction plus élevée du gain journalier de base, après une durée déterminée.

L'indemnité normale et l'indemnité majorée ne peuvent excéder des limites maximales fixées par rapport au gain mensuel.

Le gain journalier de base est déterminé d'après la ou les dernières payes antérieures à la date de l'interruption du travail.

Le taux et le maximum des indemnités journalières, la date à partir de laquelle l'indemnité est majorée, ainsi que les modalités de détermination du gain journalier de base sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

~~Compte tenu de la modification du taux de la contribution sociale généralisée prévue en application du 3° du I de l'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (n° 97-1164 du 19 décembre 1997), le taux et le maximum des indemnités journalières visées à l'alinéa précédent sont majorés à compter du septième mois de leur perception selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'Etat.~~

En cas d'augmentation générale des salaires postérieurement à l'ouverture du bénéfice de l'assurance maladie et lorsque l'interruption de travail se prolonge au-delà d'une durée déterminée, le taux de l'indemnité journalière peut faire l'objet d'une révision dans les mêmes conditions.

Le montant de l'indemnité journalière peut subir un abattement ou une majoration en fonction des résultats financiers du régime sur le plan national dans les conditions déterminées par l'article L. 251-4.

NOTA : art. 34-V : les disposition du III [*la suppression de l'alinéa*] ne s'appliquent pas aux arrêts de travail en cours d'indemnisation depuis plus de six mois au 1^{er} janvier 2006.

Nota - Code de la sécurité sociale L371-6 : non application du présent titre.

Titre 3 - Assurance maternité et congé de paternité

Chapitre 3 – Prestations en espèces

- Article L. 331-3 [modifié par l'article 73-I (ex 44 ter I)]

(Loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 art. 25 I Journal Officiel du 26 juillet 1994)
(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 55 XII 1°; 2° Journal Officiel du 26 décembre 2001)

Pendant une période qui débute six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix semaines après celui-ci, l'assurée reçoit une indemnité journalière de repos à condition de cesser tout travail salarié durant la période d'indemnisation et au moins pendant huit semaines.

Lorsque des naissances multiples sont prévues, cette période commence douze semaines avant la date présumée de l'accouchement, vingt-quatre semaines en cas de naissance de plus de deux enfants et se termine vingt-deux semaines après la date de l'accouchement. En cas de naissance de deux enfants, la période d'indemnisation antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de quatre semaines ; la période d'indemnisation de vingt-deux semaines postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant.

Quand l'accouchement a lieu avant la date présumée, la période d'indemnisation de seize ou de trente-quatre semaines, quarante-six semaines en cas de naissance de plus de deux enfants n'est pas réduite de ce fait.

Quand la naissance de l'enfant a lieu plus de six semaines avant la date présumée de l'accouchement, la période pendant laquelle la mère perçoit l'indemnité journalière de repos est augmentée du nombre de jours courant entre la naissance de l'enfant et six semaines avant la date présumée de l'accouchement.

Nota : Loi 2001-1246 2001-12-21 art. 55 XXII : Les dispositions du présent article sont applicables aux enfants nés ou adoptés à partir du 1er janvier 2002 et aux enfants nés avant cette date alors que leur naissance présumée était postérieure au 31 décembre 2001.

Chapitre 3 - Allocations versées aux femmes dispensées de travail

- Article L. 333-3 [modifié par l'article 87-V (ex 53- V)]

(Ordonnance n° 2001-173 du 22 février 2001 art. 2 Journal Officiel du 24 février 2001)
(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 55 XII 1° Journal Officiel du 26 décembre 2001)
(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 222 I Journal Officiel du 18 janvier 2002)
(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 60 IV 5° Journal Officiel du 19 décembre 2003)
(Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 68 2° Journal Officiel du 12 février 2005)

L'allocation journalière n'est pas cumulable avec :

- 1° L'indemnisation des congés de maternité, de maladie ou d'accident du travail ;
- 2° Le complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé prévu par l'article L. 541-1, lorsque celui-ci est accordé en contrepartie d'une cessation d'activité ;
- 3° ~~L'allocation de présence parentale~~ **allocation journalière de présence parentale** prévue à l'article L. 544-1 ;
- 4° Le complément de libre choix d'activité à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant prévu à l'article L. 531-4 ;
- 5° Le complément de libre choix d'activité à taux partiel de la prestation d'accueil du jeune enfant à l'ouverture du droit de celui-ci.

Titre 5 – Assurance vieillesse – Assurance veuvage

Chapitre 7 – Régime applicable dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

Section 1 : Pension de vieillesse

- Article L. 357-4 [modifié par l'article 74, 2° (ex 45 A 2°)]

(Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 art. 2 III Journal Officiel du 6 janvier 1988)

(Loi n° 95-5 du 3 janvier 1995 art. 1 III Journal Officiel du 4 janvier 1995 en vigueur le 1er janvier 1994)

Les dispositions des articles L. 351-1, **L. 351-4-1**, L. 351-5, L. 351-6, L. 351-7-1, L. 351-8, L.531-15 et L.351-16 du présent code sont applicables aux assurés ressortissant au code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 et à la loi du 20 décembre 1911 dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Les dispositions de l'article L. 161-22 du présent code, sont applicables aux assurés ressortissant au code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 et à la loi du 20 décembre 1911 dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Les modalités d'application et d'adaptation du présent article sont fixées par décret.

Les dispositions du présent article sont applicables aux pensions prenant effet après le 31 août 2003.

Section 3 : Pension de veuve et de veuf

- Article L. 357-12 [modifié par l'article 74, 1° (ex 45 A 1°)]

Les dispositions des articles L. 161-23 et les deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 353-1 du présent code **dans leur rédaction en vigueur avant la publication de la loi 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites** sont applicables aux pensions de veuve ou de veuf dues au titre du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 et au titre de la loi du 20 décembre 1911 en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Les dispositions de l'article L. 353-3 du présent code sont applicables au conjoint divorcé d'un assuré ressortissant du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 et au titre de la loi du 20 décembre 1911 dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Les modalités d'application et d'adaptation du présent article sont fixées par décret.

Les dispositions du présent article sont applicables aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} juillet 2004.

Titre 6 - Assurance décès

Chapitre 1er - Dispositions générales

- Article L. 361-2 [modifié par l'article 34-IV (ex 26-III bis)]

~~Dans le cas où, entre la date de cessation d'activité et le décès de l'assuré, survient une augmentation générale des salaires, constatée dans les conditions prévues au cinquième alinéa de l'article L. 323-4, ce capital fait l'objet d'une révision.~~

Dans le cas où, entre la date de cessation d'activité et le décès de l'assuré, survient une augmentation générale des salaires, ce capital fait l'objet d'une révision

Titre 7 - Dispositions diverses

Chapitre 6 - Recours des caisses contre les tiers

- Article L. 376-1 [modifié par l'article 15 (ex13 bis)]

(Ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 art. 9 I Journal Officiel du 25 janvier 1996)

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 annexe II Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 8 I Journal Officiel du 19 décembre 2003)

Lorsque, sans entrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, la lésion dont l'assuré social ou son ayant droit est atteint est imputable à un tiers, l'assuré ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre .

Les caisses de sécurité sociale sont tenues de servir à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident dans les conditions ci-après.

Si la responsabilité du tiers est entière ou si elle est partagée avec la victime, la caisse est admise à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable. Une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés ~~et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole~~, **la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et les organisations les plus représentatives des organismes d'assurance maladie complémentaire** avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en oeuvre de cette procédure.

La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret. La méconnaissance de l'obligation d'information des caisses par l'assureur du tiers responsable donne lieu à la majoration de 50 % de l'indemnité forfaitaire mentionnée ci-après dans les conditions déterminées par le même décret.

L'intéressé ou ses ayants droit doivent indiquer, en tout état de la procédure, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident ainsi que les caisses de sécurité sociale auxquelles celle-ci est ou était affiliée pour les divers risques. Ils doivent appeler ces caisses en déclaration de jugement commun. A défaut du respect de l'une de ces obligations, la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée pendant deux ans, à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y auront intérêt.

En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement mentionné au troisième alinéa ci-dessus, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable et au profit de l'organisme national d'assurance maladie. Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites d'un montant maximum de ~~760 euros~~ **910 euros** et d'un montant minimum de ~~76 euros~~ **91 euros**. **A compter du 1er janvier 2007, les**

montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée.

Cette indemnité est établie et recouvrée par la caisse selon les règles et sous les garanties et sanctions, prévues au chapitre 3 du titre III et aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.

Lorsque l'assuré victime de l'accident est affilié au régime agricole, l'indemnité est recouvrée selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'à l'article 1143-2 du code rural.

Chapitre 7 - Pénalités

- Article L. 377-1 *[abrogé par l'article 92-VI (ex 57, VI)]*

(Loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992 art. 329 Journal Officiel du 23 décembre 1992 en vigueur le 1er mars 1994)

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

~~— Est passible d'une amende de 3750 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.~~

~~—*Nota— Code de la sécurité sociale L623-1 : dispositions applicables à l'assurance vieillesse des non-salariés non-agricoles. Code de la sécurité sociale L821-5 : dispositions applicables à l'allocation aux adultes handicapés.~~

~~Code de la sécurité sociale L721-8 : dispositions applicables à l'assurance vieillesse des ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses, L721-14 : ainsi qu'à leur assurance invalidité.*~~

~~Nota : Ordonnance 2002-411 2002-03-27 art. 47 III : dispositions applicables aux pensions prévues au titre II de la présente ordonnance.~~

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 L. 380-2 [modifié par l'article 92-IV (ex 57-III)]

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 3 Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

(Loi n° 2000-656 du 13 juillet 2000 art. 11 V 9° finances rectificative pour 2000 Journal Officiel du 14 juillet 2000)

Les personnes affiliées au régime général dans les conditions fixées à l'article L. 380-1 sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond fixé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix.

Cette cotisation est fixée en pourcentage du montant des revenus, définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts, qui dépasse le plafond mentionné au premier alinéa. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.

La cotisation est recouvrée selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret du Conseil d'Etat.

Pour bénéficier du remboursement des prestations, l'assuré mentionné au premier alinéa doit être à jour de ses cotisations.

En cas de fraude ou de fausse déclaration sur le montant des ressources, la caisse peut, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-1-14, suspendre à titre conservatoire, après mise en demeure, le versement des prestations. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret.

Pour la détermination du montant de la cotisation visée au premier alinéa et le contrôle des déclarations de ressources effectué à cette fin, les organismes d'assurance maladie peuvent demander toutes les informations nécessaires à l'administration des impôts, aux organismes de sécurité sociale et aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer. Les personnels des organismes sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées. Les informations demandées doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'accomplissement de cette mission, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de ces échanges d'informations.

Chapitre 1er - Personnes rattachées au régime général pour certains risques ou charges

Section 1 - Bénéficiaires du complément familial, de la prestation d'accueil du jeune enfant - Personnes assumant la charge d'un handicapé

- Article L. 381-1 [modifié par l'article 87-III (ex 53, III)]

(Loi n° 86-1307 du 29 décembre 1986 art. 10 I, art. 14 I Journal Officiel du 30 décembre 1986 en vigueur le 1er janvier 1987)

(Loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 art. 2 IV Journal Officiel du 26 juillet 1994)

(Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 IV Journal Officiel du 24 décembre 2000)

(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 57 Journal Officiel du 18 janvier 2002)

(Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 34 I Journal Officiel du 22 août 2003 en vigueur le 1er janvier 2004)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 60 IV 6° Journal Officiel du 19 décembre 2003)

(Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 26 IV, art. 68 2°, art. 69 Journal Officiel du 12 février 2005)

La personne isolée et, pour un couple, l'un ou l'autre de ses membres n'exerçant pas d'activité professionnelle, bénéficiaire du complément familial, de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant ou du complément de libre choix d'activité de cette prestation, est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale sous réserve que ses

ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret et que les enfants dont il assume la charge remplissent les conditions d'âge et de nombre qui sont fixées par le même décret.

La personne isolée ou chacun des membres d'un couple exerçant une activité professionnelle à temps partiel, bénéficiaire du complément de libre choix d'activité à taux partiel, est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret et que les enfants dont il assume la charge remplissent les conditions d'âge et de nombre qui sont fixées par décret.

La personne bénéficiaire de l'allocation de présence parentale à taux plein est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général, sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret.

La personne bénéficiaire de l'allocation de présence parentale à taux partiel est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret.

La personne bénéficiaire de l'allocation journalière de présence parentale est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général, sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret.

En outre, est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, pour autant que ses ressources ou celles du ménage ne dépassent pas le plafond du complément familial et que cette affiliation ne soit pas acquise à un autre titre, la personne et, pour un couple, l'un ou l'autre de ses membres :

1°) ayant la charge d'un enfant handicapé qui n'est pas admis dans un internat, dont l'incapacité permanente est au moins égale à un taux fixé par décret et qui n'a pas atteint l'âge limite d'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;

2°) Ou assumant, au foyer familial, la charge d'une personne adulte handicapée dont la commission prévue à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles reconnaît que l'état nécessite une assistance ou une présence définies dans des conditions fixées par décret et dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal au taux ci-dessus rappelé, dès lors que ladite personne handicapée est son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son ascendant, descendant ou collatéral ou l'ascendant, descendant ou collatéral d'un des membres du couple. Les différends auxquels peut donner lieu l'application du présent alinéa relèvent du contentieux technique de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 143-1 du présent code.

Le financement de l'assurance vieillesse des catégories de personnes mentionnées par le présent article est assuré par une cotisation à la charge exclusive des organismes débiteurs des prestations familiales et calculée sur des assiettes forfaitaires.

Nota : Loi 2005-102 2005-02-11 : Les modifications induites par l'article 26 IV de la présente loi sont incompatibles avec la modification prévue par l'article 69.

~~Section 4 – Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses (assurance maladie, assurance maternité et assurance invalidité) – [abrogée par l'article 45, VI]~~

Section 4 : Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses
Abrogé par l'article 75-VI (ex 45-VI)

(Soit les articles L. 381-12 à 381-18-1)

Sous-section 1 : Dispositions générales

- Article L. 381-12 [devient L. 382-15 et L. 382-21, modifié par l'article 75-V-A (ex 45-V-A)]

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 6 I, art. 16 II, art. 71 c 5° Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 66 I 1° Journal Officiel du 26 décembre 2001 en vigueur le 1er janvier 2002)

Cette partie devient l'article L. 382-21 :

Les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses, ainsi que les personnes titulaires de la pension de vieillesse ou de la pension d'invalidité instituées par le chapitre 1er du titre II du livre VII qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un autre régime d'assurance maladie, relèvent du régime général de sécurité sociale.

Ils ne peuvent être affiliés au titre de l'article L. 380-1.

L'affiliation est prononcée par l'organisme de sécurité sociale prévu à l'article L. 721-2, s'il y a lieu après consultation d'une commission consultative instituée auprès de l'autorité compétente de l'Etat, et comprenant des représentants de l'administration et des personnalités choisies en raison de leur compétence, compte tenu de la diversité des cultes concernés.

Cette partie devient l'article L. 382-15 :

Les personnes mentionnées au premier alinéa du présent article ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité.

Les membres des congrégations et des collectivités religieuses peuvent, sur leur demande, être admis à bénéficier d'un régime particulier comportant des cotisations et des prestations réduites.

Ces prestations sont limitées à la couverture des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins et de cure publics et privés.

L'option pour le régime particulier est valable pour une durée déterminée ; elle est renouvelable.

Un décret détermine les modalités d'application des trois derniers alinéas ci-dessus.

- Article L. 381-14 [devient L. 382-19 par l'article 75-V-A 5° (ex 45-V-A)]

- Article L. 381-15 [devient L. 382-20 par l'article 75-V-A 5° (ex 45-V-A)]

Sous-section 5 : Cotisations

- Article L. 381-17 [devient L. 382-22 par l'article 75-V-B 2° (ex 45-V-B)]

Sous-section 6 : Dispositions d'application

- Article L. 381-18 [devient L. 382-23 par l'article 75-V-B 2° (ex 45-V-B)]

Sous-section 9 : Assurance invalidité

- Article L. 381-18-1 [devient L. 382-24 par l'article 75-V-C° (ex 45-V-C)]

Section 9 - Détenus

Sous-section 1 - Assurances maladie et maternité

- Article L. 381-30-1 [modifié par l'article 34-VI (ex 26-V)]

(inséré par Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 art. 3 Journal Officiel du 19 janvier 1994 en vigueur le 1er janvier 1994)

Durant leur incarcération, les détenus affiliés en application de l'article L. 381-30 bénéficient pour eux-mêmes et, sous réserve de l'article L. 161-25-2, pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Durant leur incarcération, les détenus titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont ils relevaient avant leur incarcération bénéficient du maintien de son versement. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès prévu à l'article L. 361-1.

Toutefois **Par dérogation au premier alinéa**, les détenus de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 115-6 ne bénéficient que pour eux-mêmes des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Les dispositions de l'article L. 161-13 ne sont pas applicables aux détenus de nationalité étrangère et à leurs ayants droit qui ne satisfont pas aux conditions prévues par les articles L. 161-25-1 et L. 161-25-2.

Nota : Loi 94-43 du 18 janvier 1994 art. 4 : dérogation.

Chapitre 2 - Personnes rattachées au régime général pour l'ensemble des risques et charges :
artistes auteurs- [intitulé modifié par l'article 75-I (ex 45-I)]

Section 1 - Champ d'application- Artistes auteurs

[intitulé modifié par l'article 75-II (ex 45, II)]

Sous-section 1 - Champ d'application

[créé par l'article 75-III (ex 45- III), et comprenant l' article L. 382-1 non modifié]

- Article L. 382-1 [déplacé par l'article 75-III (ex 75-III)]

(Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 art. 22 I, II Journal Officiel du 30 janvier 1993)

(Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 63 II Journal Officiel du 5 février 1995 en vigueur le 1er juillet 1995)

Les artistes auteurs d'oeuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques, graphiques et plastiques, ainsi que photographiques, sous réserve des dispositions suivantes, sont affiliés obligatoirement au régime général de sécurité sociale pour les assurances sociales et bénéficient des prestations familiales dans les mêmes conditions que les salariés.

Bénéficient du présent régime :

- les auteurs d'oeuvres photographiques journalistes professionnels au sens des articles L. 761-2 et suivants du code du travail, au titre des revenus tirés de l'exploitation de leurs oeuvres photographiques en dehors de la presse et, dans des conditions à prévoir par un accord collectif de branche ou, à défaut d'accord intervenu avant la date fixée au III de l'article 22 de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, par décret en Conseil d'Etat, pour leurs revenus complémentaires tirés de l'exploitation de leurs oeuvres photographiques dans la presse ;
- les auteurs d'oeuvres photographiques non journalistes professionnels qui tirent de leur activité, directement ou par l'intermédiaire d'agences de quelque nature qu'elles soient, des droits d'auteurs soumis au régime fiscal des bénéficiaires non commerciaux et qui exercent leur activité depuis au moins trois années civiles.
- Les dispositions prévues aux trois précédents alinéas s'entendent sans préjudice des dispositions de l'article L. 311-2 du présent code.
- L'affiliation est prononcée par les organismes de sécurité sociale, s'il y a lieu après consultation, à l'initiative de l'organisme compétent ou de l'intéressé, de commissions qui, instituées par branches professionnelles et composées en majorité de représentants des organisations syndicales et professionnelles des artistes, tiennent compte notamment de ses titres.

Sous-Section 2 - Organismes agréés et commissions [plan modifié par l'article 75-IV (ex 45 IV)]

Sous-Section 4 – Cotisations [plan modifié par l'article 75-IV (ex 45 IV)]

Sous-Section 5 – Prestations [plan modifié par l'article 75-IV (ex 45 IV)]

Sous-Section 6 - Régimes complémentaires [plan modifié par l'article 75-IV (ex 45 IV)]

Sous-Section 7 - Dispositions diverses - Dispositions d'application [plan modifié par l'article 75-IV (ex 45 IV)]

Section 2 - Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses
[section créée par l'article 75-V (ex 45- V)]

Sous-section 1 - Dispositions générales *[créée par l'article 75-V-A (ex 45- V-A)]*

- Article L. 382-15 *[3 premiers alinéas de l'ancien article L. 381-12, modifié par l'article 75-V-A (ex45, V, A)]*

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 6 I, art. 16 II, art. 71 c 5° Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)
(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 66 I 1° Journal Officiel du 26 décembre 2001 en vigueur le 1er janvier 2002)

Les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses, ainsi que les personnes titulaires de la pension de vieillesse ou de la pension d'invalidité instituées par ~~le chapitre Ier du titre II du livre VII~~ **la présente section** qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, ~~d'un autre régime d'assurance maladie d'un autre régime de base de~~ **sécurité sociale**, relèvent du régime général de sécurité sociale.

Ils ne peuvent être affiliés au titre de l'article L. 380-1.

L'affiliation est prononcée par l'organisme de sécurité sociale prévu à l'article ~~L. 721-2~~ **L. 382-17**, s'il y a lieu après consultation d'une commission consultative instituée auprès de l'autorité compétente de l'Etat, et comprenant des représentants de l'administration et des personnalités choisies en raison de leur compétence, compte tenu de la diversité des cultes concernés.

- Article L. 382-16 *[ancien article L. 721-15-1 modifié par l'article 75 (ex45, V, A, 2°)]*

(Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 art. 44 II Journal Officiel du 20 janvier 1991)
(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 71 I e 1° Journal Officiel du 28 juillet 1999)

Les personnes visées à l'article ~~L. 721-1~~ **L. 382-15** et détachées temporairement à l'étranger demeurent soumises, pendant une durée maximale fixée par décret, ~~aux régimes prévus aux articles L. 381-12 et L. 721-1~~ **au régime prévu par la présente section**, à la condition que leurs associations, congrégations et collectivités religieuses s'engagent à acquitter l'intégralité des cotisations dues.

- Article L. 382-17 *[ancien article L. 721-2, modifié par l'article 75 (ex45, V, 3°)]*

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 71 I a Journal Officiel du 28 juillet 1999)
(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 66 I 5° Journal Officiel du 26 décembre 2001 en vigueur le 1er janvier 2002)

Il est institué un organisme de sécurité sociale à compétence nationale qui prend la dénomination de "Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes". Cet organisme est constitué et fonctionne, sous réserve des dispositions du présent chapitre, conformément aux dispositions applicables aux organismes visés au chapitre Ier du titre Ier du livre II. Il est chargé d'assurer le recouvrement des cotisations et le versement des prestations d'assurance maladie et maternité, d'assurance vieillesse et d'assurance invalidité. Il gère les quatre sections suivantes : assurance maladie, maternité et invalidité, assurance vieillesse, action sanitaire et sociale et gestion administrative.

La caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes est soumise au contrôle des ministres chargés de la sécurité sociale, **de l'intérieur**, et du budget qui sont représentés auprès d'elle par des commissaires du Gouvernement.

Elle exerce, au bénéfice de ses ressortissants, une action sanitaire et sociale dont le financement est fixé, avant le début de chaque exercice, sur décision du conseil d'administration de la caisse.

Un décret en Conseil d'Etat détermine la composition ainsi que le mode de désignation des membres du conseil d'administration, compte tenu notamment de la pluralité des cultes concernés.

- Article L. 382-18 [ancien article L. 721-8-1, modifié par l'article 75 (ex 45, V, 4°)]

(Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 art. 19 III Journal Officiel du 23 décembre 1997)

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 71 I c 7° Journal Officiel du 28 juillet 1999)

Une convention conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes détermine les conditions dans lesquelles les sommes nécessaires au paiement des prestations, à la gestion administrative et à l'action sanitaire et sociale sont mises à la disposition de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes par le régime général ainsi que les conditions dans lesquelles les cotisations mentionnées à l'article ~~L. 712-3~~ **L. 382-25** sont reversées par cet organisme au régime général. Une convention de même nature est également conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes. Ces conventions sont soumises à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

- Article L. 382-19 [ancien article L. 381-14, modifié par l'article 75-V-A 5° (ex 45-V-A 5°)]

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 66 I 1° Journal Officiel du 26 décembre 2001 en vigueur le 1er janvier 2002)

La commission prévue au deuxième alinéa de l'article ~~L. 381-12~~ **L. 382-15** est chargée d'émettre un avis sur les problèmes soulevés par l'application de la présente section.

- Article L. 382-20 [ancien article L. 381-15, numéroté par l'article 75-V-A 5° (ex 45-V-A 5°)]

Les différends auxquels donne lieu l'application de la présente section sont réglés conformément aux dispositions des chapitres 2 à 4 du titre IV du livre 1^{er}.

Sous-section 2 - Assurance maladie [section créée par l'article 75-V-B (ex 45- V-B)]

- Article L. 382-21 [5 derniers alinéas de l'ancien article L. 381-12, modifié par l'article 75 (ex 45, B, 1°)]

Les personnes mentionnées au premier alinéa ~~du présent article de l'article L. 382-15~~ ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité.

Les membres des congrégations et des collectivités religieuses peuvent, sur leur demande, être admis à bénéficier d'un régime particulier comportant des cotisations et des prestations réduites.

Ces prestations sont limitées à la couverture des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins et de cure publics et privés.

L'option pour le régime particulier est valable pour une durée déterminée ; elle est renouvelable.

Un décret détermine les modalités d'application des trois derniers alinéas ci-dessus.

- Article L. 382-22 [ancien article L. 381-17, modifié par l'article 75 (ex 45, V, B, 2° et 3°)]

(Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 art. 2 Journal Officiel du 31 juillet 1987)

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 71 I d 1° Journal Officiel du 28 juillet 1999)

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 66 I 1°, 2° Journal Officiel du 26 décembre 2001 en vigueur le 1er janvier 2002)

Les charges résultant des dispositions ~~de la présente section de la présente sous-section~~ sont couvertes :

1° Par des cotisations personnelles assises sur une base forfaitaire et à la charge des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses. Les cotisations dues par les personnes visées à l'article ~~L. 381-12~~ **L. 382-15** qui sont redevables des contributions mentionnées respectivement à l'article L. 136-1 et au I de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont réduites dans des conditions fixées par arrêté ;

2° Par une cotisation à base forfaitaire à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relèvent les ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses ;

3° En tant que de besoin, par une contribution du régime général.

Le montant des cotisations peut être réparti dans les conditions fixées au second alinéa du II de l'article ~~L. 721-3~~ **L. 382-25**.

- Article L. 382-23 [ancien article L. 381-18, modifié par l'article 75 (ex45, V, B, 2°)]
(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 66 I 1° Journal Officiel du 26 décembre 2001 en vigueur le 1er janvier 2002)

Le décret en Conseil d'Etat qui fixe les conditions d'application ~~de la présente section~~ **de la présente sous-section** détermine notamment les conditions dans lesquelles les ministres des cultes et les membres des congrégations religieuses qui relèvent d'un autre régime obligatoire de sécurité sociale en raison d'une activité exercée à temps partiel peuvent bénéficier des dispositions de la présente section.

Sous-section 3 - Assurance invalidité [section créée par l'article 75-V-C (ex 45- V-C)]

- Article L. 382-24 [ancien article L. 381-18-1, modifié par l'article 45, V, C]
(inséré par Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 66 I 3° Journal Officiel du 26 décembre 2001 en vigueur le 1er janvier 2002)

Les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses mentionnés à l'article ~~L. 381-12~~ **L. 382-15** ont droit à une pension d'invalidité lorsque leur état de santé les met dans l'incapacité totale ou partielle d'exercer, médicalement constatée et révisée selon une périodicité fixée par décret.

Un décret détermine les modalités de calcul du montant de la pension.

~~La pension d'invalidité est remplacée, à l'âge fixé en application de l'article L. 721-5, par la pension de vieillesse prévue à la section 2 du chapitre Ier du titre II du livre VII.~~

La pension d'invalidité est remplacée, à l'âge fixé en application du premier alinéa de l'article L. 351-1, par la pension de vieillesse prévue à la sous-section 4 de la présente section.

La pension d'invalidité est majorée d'un montant fixé par décret lorsque le titulaire se trouve dans l'obligation d'avoir recours à l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Sous-section 4 - Assurance vieillesse [section créée par l'article 75-V-D (ex 45- V-D)]

- Article L. 382-25 [ancien article L. 721-3, modifié par l'article 45, V, D, 1°]
(Loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 art. 9 VI Journal Officiel du 23 juillet 1993)
(Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 art. 19 I Journal Officiel du 23 décembre 1997)
(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 66 I 6° Journal Officiel du 26 décembre 2001 en vigueur le 1er janvier 2002)

I. - Les charges résultant des dispositions ~~de la présente section et de la section 4 de la présente sous-section~~ sont couvertes par :

- 1° Des cotisations à la charge des assurés, assises sur une base forfaitaire ;
- 2° Des cotisations à la charge des associations, des congrégations ou collectivités religieuses dont relèvent les assurés, assises sur une base forfaitaire ;
- ~~3° Les recettes résultant de l'application de l'article L. 134-14 ;~~
- 4° Une contribution du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2 ;
- 5° Des recettes diverses ;
- 6° En tant que de besoin, une contribution de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

II. - Les taux des cotisations et les bases forfaitaires mentionnés au I sont fixés par décret, après avis du conseil d'administration de l'organisme mentionné à l'article ~~L. 721-2~~ **L. 382-17**.

Sur la demande des administrateurs représentant chacun des cultes, le conseil d'administration de l'organisme mentionné à l'article ~~L. 721-2~~ **L. 382-17** peut répartir entre les associations, congrégations et collectivités religieuses les montants des cotisations que celles-ci doivent verser compte tenu des capacités contributives de chacune d'elles et des charges que le régime supporte de leur fait.

- Article L. 382-26 [ancien article L. 721-5-1, modifié par l'article 45, V, D, 2°]

(Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 art. 43 II Journal Officiel du 20 janvier 1991)

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 66 I 8° Journal Officiel du 26 décembre 2001 en vigueur le 1er janvier 2002)

La pension servie aux assurés visés au 3° de l'article L. 721-5 atteints d'une incapacité totale ou partielle d'exercer dans les conditions prévues à l'article L. 382-24 est complétée, le cas échéant, par la majoration prévue à l'article L. 381-18-1 au même article lorsque les titulaires remplissent soit au moment de la liquidation de leur droit, soit postérieurement mais avant un âge fixé par décret, les conditions d'octroi de la majoration.

- Article L. 382-27 [ancien article L. 721-6, modifié par l'article 45, V, D, 3°]

(Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 art. 19 II Journal Officiel du 23 décembre 1997)

~~Sous réserve des dispositions de l'article L. 721-5, la pension de vieillesse est calculée, liquidée et servie dans les conditions définies au deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 351-1, au premier alinéa de l'article L. 351-2, au 4°, 5° et 6° de l'article L. 351-3, aux articles L. 351-4, L. 351-8 à L. 351-13, L. 352-1, L. 353-1 à L. 353-5 et L. 355-1 à L. 355-3.~~

Les personnes qui exercent ou qui ont exercé des activités mentionnées à l'article L. 382-15 reçoivent une pension de vieillesse dans les conditions définies aux articles L. 351-1 à L. 351-1-3, au premier alinéa de l'article L. 351-2, aux 4°, 5° et 6° de l'article L. 351-3, aux articles L. 351-4, L. 351-4-1, L. 351-6, L. 351-8 à L. 351-13, L. 352-1, L. 353-1 à L. 353-5 et L. 355-1 à L. 355-3.

Les prestations afférentes aux périodes d'assurance antérieures au 1er janvier 1998 sont indiquées dans les conditions législatives et réglementaires en vigueur au 31 décembre 1997 sous réserve d'adaptation par décret. Le minimum et le maximum mentionnés à l'article L. 721-6 dans sa rédaction antérieure au 1er janvier 1998 sont revalorisés dans les conditions prévues à l'article L. 351-11.

- Article L. 382-28 [ancien article L. 721-7, modifié par l'article 45, V, D, 4°]

Un décret fixe les conditions dans lesquelles la pension instituée ~~par la présente section~~ par la présente sous-section se substitue aux allocations dues en application des régimes de prévoyance antérieurs.

- Article L. 382-29 [ancien article L. 721-8, modifié par les articles 75 (ex 45, V, D, 5°) et 92-VI (ex 57-VI)]

(Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 29 III Journal Officiel du 22 août 2003 en vigueur le 1er janvier 2004)

Les dispositions des articles L. 216-1, ~~L. 216-6~~, L. 114-10 [art. 92-VI], L. 217-1, L. 217-2, L. 231-5, L. 231-12, L. 243-4 à L. 243-6, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 à L. 244-11, L. 244-13, L. 244-14, L. 256-1, L. 256-3, L. 256-4, L. 272-1, L. 272-2, L. 281-3, L. 351-14-1, L. 355-2, L. 355-3, ~~L. 377-1~~, L. 114-13, [art. 92-VI] L. 377-2 et L. 377-4 sont applicables, dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions du présent chapitre de la présente section, aux personnes, collectivités ou organismes mentionnés ~~audit chapitre~~ à la présente section.

- Article L. 382-30 [ancien article L. 721-15, modifié par l'article 45, V, D, 6°]

Les ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses de nationalité française, qui exercent à l'étranger et dans les territoires français d'outre-mer, peuvent adhérer au régime d'assurance vieillesse institué par l'article L. 721-1 la présente sous-section.

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 4 - Faute d'un tiers

- Article L. 454-1 *[modifié par l'article 15 (ex 13bis)]*

(Ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 art. 10 I Journal Officiel du 25 janvier 1996)

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 annexe II Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 8 I Journal Officiel du 19 décembre 2003)

Si la lésion dont est atteint l'assuré social est imputable à une personne autre que l'employeur ou ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.

Les caisses primaires d'assurance maladie sont tenues de servir à la victime ou à ses ayants droit les prestations et indemnités prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident, dans les conditions ci-après ; ce recours est également ouvert à l'Etat et aux institutions privées, lorsque la victime est pupille de l'éducation surveillée, dans les conditions définies par décret.

Si la responsabilité du tiers auteur de l'accident est entière ou si elle est partagée avec la victime, la caisse est admise à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable. Une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés, ~~et la caisse centrale de la mutualité sociale agricole~~, **la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et les organisations les plus représentatives des organismes d'assurance maladie complémentaire** avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en oeuvre de cette procédure.

La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret. La méconnaissance de l'obligation d'information des caisses par l'assureur du tiers responsable donne lieu à la majoration de 50 % de l'indemnité forfaitaire mentionnée ci-après dans les conditions déterminées par le même décret.

Si la responsabilité du tiers est partagée avec l'employeur, la caisse ne peut poursuivre un remboursement que dans la mesure où les indemnités dues par elle en vertu du présent livre dépassent celles qui auraient été mises à la charge de l'employeur en vertu du droit commun.

Dans le cas où les rentes prévues au 4° de l'article L. 431-1 sont inférieures à la réparation de même nature due à la victime ou à ses ayants droit par application des dispositions du présent

article, les rentes supplémentaires peuvent être allouées sous forme de capital. Celles qui ne seraient pas allouées en capital doivent, dans les deux mois de la décision définitive ou de l'accord des parties, être constituées par le débiteur à la caisse nationale de prévoyance suivant le tarif résultant du présent code.

En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement mentionné au troisième alinéa ci-dessus, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable et au profit du fonds national des accidents du travail de l'organisme national d'assurance maladie. Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites d'un montant maximum de ~~760 euros~~ **910 euros** et d'un montant minimum de ~~76 euros~~ **91 euros**. **A compter du 1^{er} janvier 2007, les montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée.**

Cette indemnité est établie et recouvrée par la caisse selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre 3 du titre III et aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.

Lorsque l'assuré victime de l'accident est affilié au régime agricole, l'indemnité est recouvrée selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'à l'article 1143-2 du code rural.

Titre 7 – Sanctions

- Article L. 471-3 *[abrogé par l'article 92-VI (ex 57, VI)]*

(Loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992 art. 329 Journal Officiel du 23 décembre 1992 en vigueur le 1er mars 1994)

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

~~— Est puni d'une amende de 3750 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des réparations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines plus élevées résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.~~

Titre 8 - Dispositions communes avec d'autres branches - Dispositions diverses et d'application

Chapitre 1er - Dispositions communes aux assurances sociales et aux accidents du travail

Section 1 - Prise en charge des frais de préorientation, d'éducation ou de rééducation professionnelle des travailleurs handicapés et des victimes d'accident du travail

- Article L. 481-2 *[Attention : abrogé et modifié par l'article 92-VI (ex 57, VI)]*

~~— Sans préjudice des pénalités prévues à l'article L. 471-3 et des peines plus élevées résultant d'autres lois s'il y échet, le bénéficiaire d'une rééducation professionnelle est tenu au remboursement des sommes qu'il aurait indûment perçues à la suite de toute déclaration inexacte ou incomplète.~~

Modification :

Sans préjudice des pénalités prévues à l'article L. 471-3 **L. 114-13** et des peines plus élevées résultant d'autres lois s'il y échet, le bénéficiaire d'une rééducation professionnelle est tenu au remboursement

Livre 5 - Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 1 - Champ d'application - Généralités

Chapitre 1er - Liste des prestations

- Article L. 511-1 [modifié par l'article 87-I (ex 53, I)]

(Loi n° 86-1307 du 29 décembre 1986 art. 1, art. 4, art. 13 Journal Officiel du 30 décembre 1986 en vigueur le 1er janvier 1987)

(Loi n° 90-590 du 6 juillet 1990 art. 6 I Journal Officiel du 11 juillet 1990)

(Loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 art. 28 Journal Officiel du 26 juillet 1994)

(Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 I Journal Officiel du 24 décembre 2000)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 60 I Journal Officiel du 19 décembre 2003)

(Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 68 2° Journal Officiel du 12 février 2005)

Les prestations familiales comprennent :

- 1°) la prestation d'accueil du jeune enfant ;
- 2°) les allocations familiales ;
- 3°) le complément familial ;
- 4°) l'allocation de logement ;
- 5°) l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;
- 6°) l'allocation de soutien familial ;
- 7°) l'allocation de rentrée scolaire ;
- 8°) l'allocation de parent isolé ;
- 9°) l'allocation de présence parentale **allocation journalière de présence parentale.**

Chapitre 2 – Champ d'application

- Article L. 512-2 [modifié par l'article 89 (ex 54 bis)]

(Loi n° 86-1307 du 29 décembre 1986 art. 7 I Journal Officiel du 30 décembre 1986)

Bénéficiaire de plein droit des prestations familiales dans les conditions fixées par le présent livre les étrangers titulaires d'un titre exigé d'eux en vertu soit de dispositions législatives ou réglementaires, soit de traités ou accords internationaux pour résider régulièrement en France.

~~Un décret fixe la liste des titres et justifications attestant la régularité de l'entrée et du séjour des bénéficiaires étrangers et des enfants qu'ils ont à charge et au titre desquels des prestations familiales sont demandées.~~

Ces étrangers bénéficient des prestations familiales sous réserve qu'il soit justifié, pour les enfants qui sont à leur charge et au titre desquels les prestations familiales sont demandées, de l'une des situations suivantes :

- leur naissance en France ;
- leur entrée régulière dans le cadre de la procédure de regroupement familial visée au livre IV du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- leur qualité de membre de famille de réfugié ;
- leur qualité d'enfant d'étranger titulaire de la carte de séjour mentionnée au 10° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- leur qualité d'enfant d'étranger titulaire de la carte de séjour mentionnée à l'article L. 313-13 du même code ;
- leur qualité d'enfant d'étranger titulaire de la carte de séjour mentionnée à l'article L. 313-8 ou au 5° de l'article L. 313-11 du même code ;

- leur qualité d'enfant d'étranger titulaire de la carte de séjour mentionnée au 7° de l'article L. 313-11 du même code à la condition que le ou les enfants en cause soient entrés en France au plus tard en même temps que l'un de leurs parents titulaires de la carte susmentionnée.

Un décret fixe la liste des titres et justifications attestant de la régularité de l'entrée et du séjour des bénéficiaires étrangers. Il détermine également la nature des documents exigés pour justifier que les enfants que ces étrangers ont à charge et au titre desquels des prestations familiales sont demandées remplissent les conditions prévues aux alinéas précédents.

**Nota : Loi 86-1307 du 29 décembre 1986 art. 13 V : les dispositions de l'article L512-2 2ème alinéa sont applicables aux enfants au titre desquels une première ouverture de droit à l'une des prestations familiales est demandée.*

*Loi 86-1307 du 29 décembre 1986 art. 7 II : dispositions applicables dans les DOM.**

Nota : Code de la sécurité sociale L843-1 : l'article L512-2 est applicable aux aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants.

Titre 3 - Prestation d'accueil du jeune enfant

Chapitre 1er - Dispositions générales relatives à la prestation d'accueil du jeune enfant

- Article L. 531-4 [modifié par l'article 86-I (ex 52-I)]

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 60 II Journal Officiel du 19 décembre 2003)

(Loi n° 2005-706 du 27 juin 2005 art. 42 Journal Officiel du 28 juin 2005)

I. - 1. Le complément de libre choix d'activité est versé à taux plein à la personne qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant.

Les conditions d'assimilation d'un mandat d'élu à une activité professionnelle au sens de l'alinéa précédent sont définies par décret.

2. Le complément est attribué à taux partiel à la personne qui exerce une activité ou poursuit une formation professionnelle rémunérée, à temps partiel. Son montant est fonction de la quotité de l'activité exercée ou de la formation suivie. Les quotités minimale et maximale de l'activité ou de la formation sont définies par décret.

Les modalités selon lesquelles ce complément à taux partiel est attribué aux personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 615-1 et à l'article L. 722-1 du présent code, aux articles L. 722-4, L. 722-9, L. 722-22 et L. 722-28 du code rural ainsi qu'aux élus locaux sont adaptées par décret.

Ce complément à taux partiel est attribué au même taux pendant une durée minimale déterminée par décret. Il ne peut y avoir révision de ce taux au cours de cette durée qu'en cas de cessation de l'activité ou de la formation.

II. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 552-1, lorsque le bénéficiaire du complément de libre choix d'activité a un seul enfant à charge, le droit au complément est ouvert le mois de la naissance ou de l'adoption de l'enfant ou le mois de l'arrêt du versement des indemnités ou allocations mentionnées aux 1° à 3° du II de l'article L. 532-2. Sa durée de versement est limitée à une durée maximale.

III. - L'ouverture du droit est subordonnée à l'exercice antérieur d'une activité professionnelle suffisante pour ouvrir des droits à pension de retraite dans un régime de base.

Cette activité doit avoir été exercée pendant une durée minimale au cours d'une période de référence précédant soit la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant pour lequel l'allocation est

demandée, soit la demande si elle est postérieure lorsque le bénéficiaire compte plus d'un enfant à charge. Cette durée varie selon le nombre d'enfants à charge.

Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle sont définies par décret en fonction du rang de l'enfant.

Les deux membres d'un couple ne peuvent cumuler le bénéfice de deux compléments de libre choix d'activité à taux plein. Lorsque les deux membres du couple exercent une activité professionnelle ou poursuivent une formation professionnelle rémunérée à temps partiel, un complément à taux partiel peut être attribué à chacun d'entre eux dans les conditions définies au 2 du I sans que, toutefois, le montant cumulé de ces deux compléments à taux partiel puisse être supérieur à celui du complément à taux plein. Lorsque le montant cumulé des deux compléments à taux partiel est inférieur à celui du complément à taux plein, le montant de ce dernier complément est versé.

IV. - Pour les enfants adoptés ou confiés en vue d'adoption, le complément est versé pendant une durée minimale à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer des adoptants, sous réserve des dispositions du II.

Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément est également versé pour les enfants dont l'âge, au moment de leur arrivée au foyer des adoptants, est supérieur à l'âge limite mentionné à cet article. La durée de versement est, dans ce cas, égale à la durée minimale mentionnée à l'alinéa précédent, sous réserve des dispositions du 2° de l'article L. 512-3.

V. - L'âge limite de versement mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1 et la durée de versement prévue au IV du présent article sont augmentés en cas :

1° De naissances multiples d'enfants d'un nombre déterminé ;

2° D'arrivées simultanées d'un nombre déterminé d'enfants, adoptés ou confiés en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, au foyer des adoptants.

VI. - Par dérogation au premier alinéa du 1 du I et dans des conditions définies par décret, le complément de libre choix d'activité à taux plein peut être cumulé, pendant une durée déterminée, avec un revenu professionnel, en cas de reprise d'activité du parent bénéficiaire alors qu'il a un enfant à charge remplissant des conditions d'âge. Cette option, définitive, est ouverte au parent qui assume la charge d'un nombre déterminé d'enfants.

Par exception au 1 du I et dans des conditions définies par décret, le complément de libre choix d'activité à taux plein peut être attribué, à un montant majoré et pendant une durée déterminée, à la personne qui choisit de ne pas exercer d'activité professionnelle pendant cette même durée. Dans ce cas, l'activité professionnelle antérieure minimale prévue au III doit avoir été exercée au cours d'une période de référence fixée par décret. Cette option, définitive, est ouverte au parent qui assume la charge d'un nombre déterminé d'enfants. La période de droit ouverte par cette option peut être partagée entre les deux parents.

Par exception aux dispositions de l'article L. 552-1, le droit au complément de libre choix d'activité prévu à l'alinéa précédent est ouvert le mois de la naissance, de l'adoption ou de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté ou confié en vue d'adoption.

VII. - Le montant du complément de libre choix d'activité est majoré lorsque la personne y ouvrant droit ne bénéficie pas de l'allocation de base mentionnée au 2° de l'article L. 531-1.

Chapitre 2 - Dispositions relatives au cumul avec d'autres prestations

- Article L. 532-2 [modifié par l'article 86-II (ex 52-II)]

(Loi n° 86-1307 du 29 décembre 1986 art. 3, art. 13 II Journal Officiel du 30 décembre 1986 en vigueur le 1er avril 1987)

(Loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 art. 2 II, art. 4, art. 29 I Journal Officiel du 26 juillet 1994)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 60 II Journal Officiel du 19 décembre 2003)

I. - Le complément de libre choix d'activité n'est pas cumulable avec le complément familial.

II. - Le complément de libre choix d'activité à taux plein n'est pas cumulable pour le bénéficiaire avec :

1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité ou d'adoption ;

2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 et L. 722-8 à L. 722-8-3 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et à l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines ;

3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;

4° Les indemnités servies aux travailleurs sans emploi ;

5° Un avantage de vieillesse, d'invalidité ou la pension servie aux militaires en application de l'article L. 6 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Le service des indemnités dues aux travailleurs sans emploi est, à la date d'interruption du versement du complément de libre choix d'activité, poursuivi jusqu'à l'expiration du droit.

III. - Le complément de libre choix d'activité à taux partiel n'est pas cumulable pour le bénéficiaire, à l'ouverture du droit, avec les indemnisations et l'allocation de remplacement mentionnées aux 1° à 5° du II. Il est cumulable, en cours de droit, avec les indemnisations et allocations mentionnées aux 1° à 4° du II perçues au titre de l'activité à temps partiel que le bénéficiaire exerce ou a exercée.

IV. - Lorsque le bénéficiaire du complément de libre choix d'activité a un seul enfant à charge, le complément est cumulable, le mois d'ouverture du droit, avec les indemnités et allocations visées aux 1° à 3° du II.

V. – Pendant le mois au cours duquel le versement des indemnités ou allocations mentionnées aux 1° à 3° du II prend fin, celles-ci sont cumulables avec le complément de libre choix d'activité à taux plein, lorsqu'il est fait usage de l'option mentionnée au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4.

Nota : Loi 2003-1199 2003-12-18 art. 60 VIII : les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2004 pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2004 ainsi que pour les enfants nés avant cette date alors que leur date de naissance présumée était postérieure au 31 décembre 2003.

Titre 4 - Prestations à affectation spéciale

Chapitre 4 – Allocation de présence parentale Allocation journalière de présence parentale *[Chapitre modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]*

- Article L. 544-1 *[modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]*

(inséré par Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 II Journal Officiel du 24 décembre 2000)

~~Une allocation de présence parentale est attribuée à la personne qui interrompt ou réduit son activité professionnelle dans les conditions prévues à l'article L. 122-28-9 du code du travail, lorsque l'enfant dont elle assume la charge est atteint d'une maladie ou d'un handicap graves ou est victime d'un accident grave nécessitant une présence soutenue ou des soins contraignants pendant une durée prévisible minimale fixée par décret qui peut varier selon les pathologies.~~

~~— Ces dispositions sont également applicables à la personne qui interrompt ou réduit son activité professionnelle dans les conditions prévues aux articles 37 bis et 54 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, 60 bis et 75 bis de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ainsi que celles prévues aux articles 46-1 et 64-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.~~

La personne qui assume la charge d'un enfant atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants bénéficie, pour chaque jour de congé prévu à l'article L. 122-28-9 du code du travail, d'une allocation journalière de présence parentale.

Ces dispositions sont également applicables aux agents publics bénéficiant du congé de présence parentale prévu par les règles qui les régissent.

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

- Article L. 544-2 *[modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]*

(inséré par Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 II Journal Officiel du 24 décembre 2000)

~~Le montant de l'allocation varie en fonction de la durée d'activité restante appréciée par rapport à la durée légale du travail ou la durée considérée comme équivalente ou la durée fixée conventionnellement dans l'entreprise. Le montant de la prestation est majoré pour la personne assumant seule la charge de l'enfant, dans des conditions fixées par décret.~~

La particulière gravité de la maladie, du handicap ou de l'accident visés au premier alinéa de l'article L. 544-1 ainsi que le caractère indispensable d'une présence soutenue et de soins contraignants sont attestés par un certificat médical détaillé, établi par le médecin qui suit l'enfant au titre de la maladie, du handicap ou de l'accident susmentionnés. Le droit à la prestation est soumis à un avis favorable du service du contrôle médical prévu aux articles L. 315-1 et L. 615-13 ou du régime spécial de sécurité sociale.

Le droit est ouvert pour une période égale à la durée prévisible du traitement de l'enfant visée au premier alinéa. Cette durée fait l'objet d'un nouvel examen selon une périodicité fixée par décret.

- Article L. 544-3 *[modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]*

(inséré par Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 II Journal Officiel du 24 décembre 2000)

~~Pour chaque période d'attribution de la prestation, la nécessité d'une présence soutenue ou de soins contraignants de la part des parents est attestée par un certificat médical détaillé et soumise à~~

~~l'avis du service du contrôle médical prévu aux articles L. 315-1 et L. 615-13 ou du régime spécial de sécurité sociale. Le droit à la prestation est subordonné à un avis favorable dudit service.~~

L'allocation est versée dans la limite d'une durée maximum fixée par décret pour un même enfant et par maladie, handicap ou accident. Le nombre maximum d'allocations journalières versées au cours de cette période est égal à 310.

Au-delà de la durée maximum prévue au premier alinéa, le droit à l'allocation journalière de présence parentale peut être ouvert de nouveau, en cas de rechute ou de récurrence de la pathologie de l'enfant au titre de laquelle un premier droit à l'allocation de présence parentale ou à l'allocation journalière de présence parentale avait été ouvert, dès lors que les conditions visées aux articles L. 544-1 et L. 544-2 sont réunies.

- Article L. 544-4 [modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]

(inséré par Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 II Journal Officiel du 24 décembre 2000)

~~L'allocation est versée dans la limite d'une durée maximale fixée par décret pour un même enfant et par maladie, accident ou handicap.~~

Le nombre d'allocations journalières versées au titre d'un même enfant au cours d'un mois civil à l'un ou aux deux membres du couple ne peut être supérieur à un nombre maximal fixé par décret.

- Article L. 544-5 [modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]

(inséré par Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 II Journal Officiel du 24 décembre 2000)

~~Lorsque les deux membres d'un couple réduisent leur activité professionnelle, ils peuvent bénéficier chacun d'une allocation à taux partiel dans les conditions prévues à l'article L. 544-2 même si le montant cumulé des deux prestations excède celui de l'allocation à taux plein.~~

~~Les deux membres du couple ne peuvent cumuler le bénéfice de deux allocations de présence parentale à taux plein ni celui d'une allocation de présence parentale à taux plein et de l'allocation à taux partiel.~~

L'allocation journalière de présence parentale est due à compter du premier jour du mois civil au cours duquel est déposée la demande, sous réserve que les conditions d'ouverture de droit soient réunies à cette date. L'allocation cesse d'être due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions de droit ne sont plus réunies.

- Article L. 544-6 [modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]

(Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 II Journal Officiel du 24 décembre 2000)

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 57 I Journal Officiel du 26 décembre 2001)

~~L'allocation de présence parentale est due à compter du premier jour du mois civil au cours duquel est déposée la demande, sous réserve que les conditions d'ouverture de droit soient réunies à cette date.~~

~~L'allocation cesse d'être due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions de droit cessent d'être réunies.~~

Le montant de l'allocation journalière est fixé par décret. Il est majoré pour la personne assumant seule la charge de l'enfant, dans des conditions déterminées par décret.

- Article L. 544-7 [modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]

(inséré par Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 II Journal Officiel du 24 décembre 2000)

~~Les modalités selon lesquelles l'allocation de présence parentale à taux plein ou à taux partiel est attribuée aux personnes visées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1^o, 4^o et 5^o de l'article L. 615-1, à l'article L. 722-1 du présent code, à l'article L. 722-9 du code rural et les modalités selon lesquelles l'allocation de présence parentale est attribuée à taux plein aux~~

~~travailleurs à la recherche d'un emploi visés aux articles L. 351-1 à L. 351-15 du code du travail ou en formation professionnelle rémunérée sont fixées par décret.~~

Un complément pour frais est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, lorsque la maladie, le handicap ou l'accident visés au premier alinéa de l'article L. 544-1 exigent des dépenses à la charge desdits ménage ou personne, supérieures à un montant déterminé. Ce complément, versé mensuellement selon des modalités fixées par décret, est forfaitaire.

Le plafond de ressources visé au premier alinéa varie en fonction du nombre d'enfants à charge. Il est majoré lorsque chaque membre du couple dispose d'un revenu professionnel ou lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une seule personne.

- Article L. 544-8 *[modifié par l'article 87-II (ex 53- II)]*

(Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 II Journal Officiel du 24 décembre 2000)

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 55 XV Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 60 IV 9° Journal Officiel du 19 décembre 2003)

(Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 68 2° Journal Officiel du 12 février 2005)

~~L'allocation de présence parentale n'est pas cumulable avec :~~

~~1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité ou d'adoption ;~~

~~2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 et L. 722-8 à L. 722-8-3 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et à l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines ;~~

~~3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;~~

~~4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;~~

~~5° Un avantage personnel de vieillesse ou d'invalidité ;~~

~~6° Le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant ;~~

~~7° Le complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçu pour le même enfant ;~~

~~8° L'allocation aux adultes handicapés.~~

~~Toutefois, l'allocation de présence parentale à taux partiel est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.~~

~~Le versement des indemnités dues aux demandeurs d'emploi est suspendu au début du versement de l'allocation de présence parentale et est, à la date de cessation de paiement de l'allocation de présence parentale, repris et poursuivi jusqu'à son terme.~~

~~Lorsque le complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est attribué au titre d'une période pour laquelle un droit à l'allocation de présence parentale a déjà été ouvert, la prestation la plus favorable reste acquise au bénéficiaire.~~

Les personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 615-1, à l'article L. 722-1 du présent code, à l'article L. 722-9 du code rural, aux articles L. 351-1 à L. 351-15 du code du travail peuvent bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale.

« Les travailleurs à la recherche d'un emploi mentionnés au premier alinéa ou en formation professionnelle rémunérée bénéficient d'une allocation journalière de présence parentale versée mensuellement sur la base d'un nombre de jours fixé par décret.

« Le versement des indemnités dues aux demandeurs d'emploi est suspendu au début du versement de l'allocation journalière de présence parentale et est, à la date de cessation de paiement de celle-ci, repris et poursuivi jusqu'à son terme.

« Les modalités d'attribution et de versement de l'allocation journalière de présence parentale aux personnes visées aux premier et deuxième alinéas sont fixées par décret.

- Article L. 544-9 *[créé par l'article 87-II (ex 53- II)]*

L'allocation journalière de présence parentale n'est pas cumulable, pour un même bénéficiaire, avec :

1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité ou d'adoption ;

2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 et L. 722-8 à L. 722-8-3 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et à l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines ;

3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;

4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;

5° Un avantage personnel de vieillesse ou d'invalidité ;

6° L'allocation parentale d'éducation ou le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant ;

7° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant ;

8° L'allocation aux adultes handicapés.

Toutefois, l'allocation journalière de présence parentale, lorsqu'elle n'est pas servie pour la totalité des jours prévus à l'article L. 544-4, est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.

Titre 5 - Dispositions communes

Chapitre 2 - Service des prestations

- Article L. 552-1 [modifié par les articles 86-III (ex52, III) ; et 87-V (ex53- V)]

(Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 III Journal Officiel du 24 décembre 2000)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 60 IV 10° Journal Officiel du 19 décembre 2003)

Les prestations servies mensuellement par les organismes débiteurs de prestations familiales sont dues, à l'exception de l'allocation de parent isolé, de l'allocation de base, du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge **ou lorsqu'il est fait usage de l'option prévue au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4**, [art. 86-III] et de ~~l'allocation de présence parentale~~ **allocation journalière de présence parentale** [art. 87-V] à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Elles cessent d'être dues à partir du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies, sauf en cas de perception du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, du complément de libre choix d'activité de cette dernière prestation lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge **ou lorsqu'il est fait usage de l'option prévue au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4**, [art. 86-III] de changement de situation de famille pour l'allocation de parent isolé ou de décès de l'allocataire, de son conjoint ou d'un enfant à charge, auxquels cas elles cessent d'être dues au premier jour du mois civil qui suit le changement de situation de famille ou le décès.

Les changements de nature à modifier les droits aux prestations mentionnées au premier alinéa prennent effet et cessent de produire leurs effets selon les règles respectivement définies pour l'ouverture et l'extinction des droits, sauf s'ils conduisent à interrompre la continuité des prestations.

NOTA : Art. 86 -IV : Les dispositions du présent article sont applicables à partir du 1^{er} juillet 2006 pour les enfants nés ou adoptés à compter de cette date, ainsi que pour les enfants nés avant cette date alors que leur date de naissance présumée était postérieure au 30 juin 2006

Nota : Loi 2003-1199 2003-12-18 art. 60 VIII : les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2004 pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2004 ainsi que pour les enfants nés avant cette date alors que leur date de naissance présumée était postérieure au 31 décembre 2003.

Chapitre 4 - Pénalités

- Article L. 554-1 [abrogé par l'article 92-VI (ex 57, VI)]

(Loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992 art. 322 Journal Officiel du 23 décembre 1992 en vigueur le 1er mars 1994)

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

~~— Est passible d'une amende de 4500 euros quiconque se rend coupable de manoeuvres frauduleuses ou de fausses déclarations pour obtenir ou tenter d'obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.~~

~~— En cas de récidive, le maximum de l'amende sera porté au double.~~

~~—*Nota : Code de la sécurité sociale L843-1 : l'article L554-1 est applicable aux aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants.*~~

~~—Nota : Ordonnance 2002-411 2002-03-27 art. 47 V : dispositions applicables à l'allocation prévue au chapitre II du titre VI de la présente ordonnance.~~

Livre 6 - Régimes des travailleurs non salariés

Titre 2 - Généralités relatives aux organisations autonomes d'assurance vieillesse

Chapitre 3 - Dispositions communes à l'ensemble des régimes d'assurance vieillesse

- Article L. 623-1 [modifié par l'article 92-VI (ex57- VI)]

(Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 art. 6 VIII Journal Officiel du 27 juillet 1994)

(Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 86 I Journal Officiel du 22 août 2003 en vigueur le 1er janvier 2004)

(Ordonnance n° 2005-651 du 6 juin 2005 art. 1 III Journal Officiel du 7 juin 2005 en vigueur le 1er octobre 2005)

Pour les professions non-agricoles, sont applicables aux organismes et personnes entrant dans le champ d'application des titres II, III et IV du présent livre et sous réserve des dispositions particulières dudit livre, les articles L. 211-7, L. 216-1, ~~L. 216-6~~ **L. 114-10**, L. 231-5, L. 231-6-1 (1°), L. 231-12, L. 243-4, L. 243-5 et L. 243-6-2, L. 243-9 et L. 243-11, ~~L. 243-13~~ et L. 243-14, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 à L. 244-14, L. 256-3, L. 272-1 et L. 272-2, L. 273-1, L. 281-1, L. 281-3, L. 353-3, L. 355-2, L. 355-3, ~~L. 377-1~~ **L. 114-13** et L. 377-2.

Titre 4 - Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 5 - Avantages complémentaires ouverts aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Section 1 - Dispositions générales

- Article L. 645-1 [modifié par l'article 77-I (ex 47, I)]

~~Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 722-1 peuvent demander à bénéficier d'un régime de prestations complémentaires de vieillesse propre à chacune des catégories professionnelles concernées.~~

~~Les prestations complémentaires sont servies aux intéressés ainsi qu'à leurs conjoints survivants par les sections professionnelles instituées pour l'application du titre IV du présent livre, dans les conditions prévues par des règlements que ces sections sont tenues d'établir à cet effet et qui sont approuvés par arrêté interministériel.~~

~~Ces prestations ne peuvent être attribuées qu'à des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux ayant exercé, pendant une durée minimum fixée par décret en Conseil d'Etat, une activité professionnelle non salariée dans le cadre des conventions ou adhésions personnelles mentionnées à l'article L. 722-1.~~

~~Il est tenu compte, tant pour l'évaluation de la durée prévue à l'alinéa précédent que pour le calcul des avantages de vieillesse, des années d'activité professionnelle non salariée accomplies par les intéressés antérieurement à la date d'application de la loi n° 70-1325 du 31 décembre 1970 et ayant donné lieu au versement des cotisations au titre des avantages sociaux complémentaires d'assurance vieillesse.~~

~~Un décret précise les conditions dans lesquelles il pourra, à titre transitoire, être tenu compte pour l'évaluation du délai susmentionné et moyennant rachat à la charge exclusive des intéressés pour le~~

~~calcul des avantages complémentaires de vieillesse des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux des années pendant lesquelles ceux-ci auraient exercé leur activité non salariée entre le 1er juillet 1946 et la date d'application de la loi n° 70-1325 du 31 décembre 1970 dans le cadre des conventions ou adhésions personnelles prévues par les textes législatifs ou réglementaires alors en vigueur.~~

~~*Nota – Code de la sécurité sociale L645-5 : Dérogation*.~~

Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 722-1 et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins mentionnés à l'article L. 162-14 bénéficient d'un régime de prestations complémentaires de vieillesse propre à chacune de ces catégories professionnelles.

Ces prestations ne peuvent être attribuées qu'à des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins ayant exercé, au moins pendant une durée fixée par décret, une activité professionnelle non salariée dans le cadre des conventions ou adhésions personnelles mentionnées aux articles L. 722-1 et L. 162-14.

Pour chacun des régimes mentionnés au premier alinéa, des décrets peuvent prévoir que les personnes dont l'activité non salariée ne constitue pas l'activité professionnelle principale ou dont le revenu professionnel non salarié est inférieur à un montant fixé par décret pourront demander à être dispensées de l'affiliation aux régimes prévus au présent chapitre.

- Article L. 645-2 *[modifié par l'article 77-I (ex 47, I)]*

(Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 art. 1 II, art. 12 II Journal Officiel du 5 janvier 1993)

(Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 art. 26 V Journal Officiel du 27 juillet 1994)

(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 28 II Journal Officiel du 25 avril 1996)

(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 24 XV Journal Officiel du 30 décembre 1999)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 43 V Journal Officiel du 19 décembre 2003)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 48 IV Journal Officiel du 17 août 2004)

~~Le financement des avantages vieillesse prévu au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires déterminée, dans des conditions fixées par décret, sur des bases forfaitaires tenant compte, le cas échéant, de l'importance du revenu que les bénéficiaires tirent de leur activité professionnelle de praticien ou d'auxiliaire médical, pour chacune des catégories professionnelles intéressées par référence aux tarifs plafonds fixés par les conventions prévues pour ces professions aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14.~~

Le financement des régimes prévus au premier alinéa de l'article L. 645-1 est assuré par une cotisation forfaitaire annuelle obligatoire, distincte selon les régimes, dont le montant est fixé par décret.

Le versement de cette cotisation annuelle ouvre droit, pour chacun des régimes, à l'acquisition d'un nombre de points dans des conditions déterminées par décret.

- Article L. 645-3 *[modifié par l'article 77-I (ex 47, I)]*

~~— Pour chacune des catégories professionnelles intéressées, des décrets pourront rendre obligatoires les régimes de prestations complémentaires de vieillesse prévus au présent chapitre, à l'ensemble des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux qui exercent leur activité professionnelle non salariée dans les conditions définies à l'article L. 722-1.~~

~~Ces décrets seront pris après consultation :~~

~~1°) des organisations syndicales et des organismes de sécurité sociale ;~~

~~2°) de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ;~~

~~3°) des sections professionnelles de ladite caisse ; les sections professionnelles devront consulter les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.~~

~~Les décrets pourront prévoir que les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux dont l'activité professionnelle non salariée ne constitue pas l'activité principale ou dont le revenu professionnel non salarié est inférieur à un chiffre fixé par arrêté interministériel pour~~

~~chacune des catégories professionnelles intéressées, pourront demander à être dispensés de l'affiliation au régime prévu au présent chapitre.~~

~~Lorsqu'il est fait application du présent article, les dispositions relatives au recouvrement des cotisations des régimes obligatoires d'assurance vieillesse mentionnés au titre II du présent livre et aux pénalités encourues en cas de non-paiement desdites cotisations dans les délais prescrits sont applicables aux cotisations prévues au 1^o de l'article L. 645-2.~~

~~Un arrêté ministériel fixe les modalités de la consultation des praticiens et auxiliaires médicaux prévue au 3^o du deuxième alinéa du présent article.~~

Pour chacun des régimes prévus au premier alinéa de l'article L. 645-1, une cotisation d'ajustement peut être appelée, dans des conditions fixées par décret, en sus de la cotisation prévue à l'article L. 645-2. Cette cotisation annuelle obligatoire est proportionnelle aux revenus que les intéressés tirent de l'activité mentionnée aux articles L. 722-1 et L. 162-14. Le versement de cette cotisation ne donne pas lieu à l'acquisition de points supplémentaires. Néanmoins, tout ou partie de cette cotisation peut ouvrir droit à des points supplémentaires dans des conditions fixées par décret, après avis des sections professionnelles des régimes mentionnés à l'article L. 645-1. Les caisses d'assurance maladie participent au financement de cette cotisation dans les conditions prévues au 5^o du I de l'article L. 162-14-1.

- Article L. 645-4 *[modifié par l'article 77-I (ex 47, I)]*

~~Les dispositions du présent chapitre sont applicables aux directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins lorsque leur activité de directeur de laboratoire est exercée à titre principal et placée sous le régime d'une convention conclue par application des dispositions des articles L. 162-14 et L. 162-15.~~

~~Un décret désigne la section professionnelle de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales qui est chargée de servir les prestations complémentaires de vieillesse aux intéressés et fixe les dispositions transitoires pour l'application de la condition de durée minimum d'activité professionnelle non salariée prévue au troisième alinéa de l'article L. 645-1.~~

Les prestations complémentaires de vieillesse prévues au premier alinéa de l'article L. 645-1 et les pensions de réversion y afférentes sont servies aux intéressés par les sections professionnelles mentionnées à l'article L. 641-5, dans des conditions fixées par décret.

- Article L. 645-5 *[modifié par l'article 77-I (ex 47, I)]*

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 49 V Journal Officiel du 17 août 2004)

~~Les praticiens à plein temps qui auront renoncé à exercer une activité de clientèle privée au sein du service public hospitalier dans les conditions prévues à l'article 2 de la loi n° 82-916 du 28 octobre 1982 peuvent, par dérogation à l'article L. 645-1, continuer, sur leur demande, à bénéficier du régime de prestations complémentaires de vieillesse prévu audit article L. 645-1.~~

~~La cotisation prévue à l'article L. 645-2 est à la charge exclusive de ces praticiens et est versée dans les conditions prévues par l'article L. 645-1.~~

La valeur de service du point de retraite pour les prestations de droit direct et les pensions de réversion liquidées antérieurement au 1^{er} janvier 2006 est fixée par décret pour chacun des régimes.

Les points non liquidés et acquis antérieurement au 1^{er} janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal à la somme des produits du nombre de points acquis chaque année par une valeur de service du point. Cette valeur, fixée par décret, peut varier selon l'année durant laquelle les points ont été acquis et selon l'année de liquidation de la pension.

Les points acquis à compter du 1^{er} janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal au produit du nombre de points portés au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. Cette valeur de service est fixée par décret.

Section 2 - Compensation

- Article L. 645-6 [modifié par l'article 77-II (ex 47- II)]

Il est institué une compensation entre les régimes de prestations complémentaires de vieillesse mentionnés au présent chapitre ~~et rendus obligatoires en application de l'article L. 645-3.~~

Cette compensation a pour objet de remédier aux conséquences des déséquilibres démographiques, dès lors que les charges au titre des droits propres pesant sur chaque cotisant de l'un des régimes en cause excèdent un certain seuil.

Un décret, pris après consultation de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, fixe les conditions d'application du présent article et, en particulier, le seuil mentionné à l'alinéa précédent.

Titre 5 - Dispositions communes à l'assurance maladie, maternité et à l'assurance vieillesse

Chapitre 1er - Contributions d'équilibre

Section 1 - Contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés

- Article L. 651-1 [modifié par l'article 19- I (ex 14-I)]

(Loi n° 91-1322 du 30 décembre 1991 art. 52 I finances pour 1992 Journal Officiel du 31 décembre 1991)
(Loi n° 95-885 du 4 août 1995 art. 30 I, V Journal Officiel du 6 août 1995)
(Loi n° 95-1346 du 30 décembre 1995 art. 88, art. 91 finances pour 1996 Journal Officiel du 31 décembre 1995)
(Loi n° 96-1182 du 30 décembre 1996 art. 47 I finances rectificative pour 1996 Journal Officiel du 31 décembre 1996)
(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 2 III 1° Journal Officiel du 27 décembre 1998)
(Loi n° 2000-1352 du 30 décembre 2000 art. 38 I finances pour 2001 Journal Officiel du 31 décembre 2000)
(Loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 art. 6 II 4° Journal Officiel du 18 juillet 2001 en vigueur le 1er janvier 2002)
(Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 8 I Journal Officiel du 21 décembre 2004)

Il est institué, au profit du régime d'assurance maladie-maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles et des régimes d'assurance vieillesse des professions mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 621-3, ainsi qu'au profit du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 et du Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6, une contribution sociale de solidarité à la charge :

- 1°) des sociétés anonymes et des sociétés par actions simplifiées, **quelles que soient, le cas échéant, la nature et la répartition de leur capital** ;
- 2°) des sociétés à responsabilité limitée ;
- 3°) des sociétés en commandite ;
- 4°) ~~des entreprises publiques et sociétés nationales, quelle qu'en soit la nature juridique, soumises aux dispositions des articles L. 442-1 à L. 442-17 du code du travail relatifs à la participation des salariés aux fruits de l'expansion des entreprises ou dont la moitié du capital social est détenu, ensemble ou séparément, par l'Etat, par une ou plusieurs entreprises publiques ou par une ou plusieurs sociétés nationales.~~
des personnes morales de droit public, dans la mesure où elles sont assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application des dispositions de l'article 256 B du code général des impôts ;
- 4°*bis*) des groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de dispositions du chapitre I^{er} du titre II de la première partie du livre I^{er} du code général des impôts autres que celles de l'article 256 B ;

- 5°) des personnes morales dont le siège est situé hors du territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer, à raison des affaires réalisées sur ce territoire et le rendant passibles de l'impôt sur les sociétés ;
- 6°) Des sociétés en nom collectif ;
- 7°) Des groupements d'intérêt économique ;
- 8°) Des groupements européens d'intérêt économique à raison des affaires réalisées sur le territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer ;
- 9° Des organismes suivants, non mentionnés aux 1° à 8° : établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres Ier à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre Ier du livre V du même code, entreprises d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant du II de l'article L. 727-2 du code rural ;
- 10°) Des sociétés ou organismes non visés aux 1° à 9° qui sont régis par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération, à l'exception de ceux visés à l'article L. 521-1 du code rural qui ont pour objet exclusif d'assurer l'approvisionnement de leurs associés coopérateurs en leur procurant les produits, les équipements, les instruments et les animaux nécessaires à leurs exploitations agricoles et des sociétés coopératives agricoles ayant pour objet exclusif l'utilisation de matériels agricoles par les associés coopérateurs.

Nota : Loi 2004-1370 2004-12-20 art. 8 V : les dispositions du présent article entrent en vigueur pour la contribution due à compter du 1er janvier 2005.

- Article L. 651-3 [modifié par l'article 19-II (ex 14- II)]

(Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 art. 8 I Journal Officiel du 25 janvier 1990)

(Loi n° 92-1476 du 31 décembre 1992 art. 28 I, III finances rectificative pour 1992 Journal Officiel du 5 janvier 1993 en vigueur le 1er janvier 1993)

(Loi n° 95-885 du 4 août 1995 art. 30 III Journal Officiel du 6 août 1995)

(Loi n° 95-1346 du 30 décembre 1995 art. 89, art. 90, art. 92 finances pour 1996 Journal Officiel du 31 décembre 1995)

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 annexe II Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 10 I Journal Officiel du 19 décembre 2003)

(Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 8 II Journal Officiel du 21 décembre 2004)

La contribution sociale de solidarité est annuelle. Son taux est fixé par décret, dans la limite de 0,13 p. 100 du chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5. Elle n'est pas perçue lorsque le chiffre d'affaires de la société est inférieur à 760 000 euros. Des décrets peuvent prévoir un plafonnement en fonction de la marge pour les entreprises de commerce international et intracommunautaire fonctionnant avec une marge brute particulièrement réduite et pour les entreprises du négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes, achetant ou vendant directement à la production et pour les entreprises du négoce en gros des combustibles et de commerce de détail de carburants.

Pour les sociétés ou groupements visés aux 6°, 7° et 8° de l'article L. 651-1 mentionnés aux 4° bis, 6°, 7° et 8° de l'article L. 651-1 ainsi que les groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts, la part du chiffre d'affaires correspondant à des refacturations de prestations de services à leurs membres ou associés n'est pas soumise à la contribution.

En outre, les redevables visés aux 1° à 5° et 10° de l'article L. 651-1 mentionnés aux 1° à 3°, 4°, sauf s'il s'agit de groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts, 5° et 10° de l'article L. 651-1 ne tiennent pas compte, pour la détermination de leur contribution, de la part du chiffre d'affaires correspondant à des ventes de biens réalisées avec les sociétés ou groupements visés à l'alinéa précédent et acquittant la contribution, dans lesquels ils détiennent une participation au moins

égale à 20 p. 100, à condition que ces biens soient utilisés pour les besoins d'opérations de production effectuées par ces sociétés ou groupements.

La contribution des organismes visés au 10° de l'article L. 651-1 et relevant de l'article L. 521-1 du code rural est établie sans tenir compte du chiffre d'affaires qu'ils réalisent, au titre des opérations de vente des produits issus des exploitations de leurs membres, avec d'autres organismes coopératifs régis par les mêmes dispositions ou par l'article L. 531-1 du code rural et dont ils sont associés coopérateurs.

La contribution des organismes coopératifs relevant du chapitre Ier du titre III de la loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale est établie sans tenir compte du chiffre d'affaires qu'ils réalisent, au titre des opérations de vente de produits issus des entreprises exploitées par leurs membres, avec d'autres organismes coopératifs régis par les mêmes dispositions et dont ils sont associés coopérateurs.

Pour la détermination de leur contribution, les sociétés ou groupements visés au deuxième alinéa ne tiennent pas compte des ventes de biens réalisées à ceux de leurs membres ou associés acquittant la contribution et détenant au moins 20 p. 100 des droits à leurs résultats, à condition que ces biens soient vendus à l'issue d'opérations de production effectuées par ces sociétés ou groupements.

Pour la détermination du seuil de chiffre d'affaires mentionné au premier alinéa, les redevables tiennent compte de la part de chiffre d'affaires déduit de l'assiette de leur contribution en application des dispositions du présent article.

Pour les redevables visés à l'article L. 651-1 affiliés à l'un des organes centraux mentionnés à l'article L. 511-30 du code monétaire et financier, la part du chiffre d'affaires correspondant à des intérêts reçus à raison d'opérations de centralisation, à l'échelon régional ou national, de leurs ressources financières n'est pas soumise à la contribution dans la limite du montant des intérêts servis en contre-partie de ces mêmes opérations.

Les dispositions du premier alinéa sont applicables aux entreprises de négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes, achetant et vendant directement aux coopératives agricoles.

Nota : Loi 2004-1370 2004-12-20 art. 8 V : les dispositions du présent article entrent en vigueur pour la contribution due à compter du 1er janvier 2005.

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~~ [abrogé par l'article 75 (ex 45, VII)]

Soit les articles L. 721-1 à L. 721-18

- Article L. 721-2 [devient L. 382-17 par l'article 75-V-A-c)-3° (ex 45)]
- Article L. 721-3 [devient L. 382-25 par l'article 75-V-D 1° (ex 45)]
- Article L. 721-5-1 [devient L. 382-26 par l'article 75-V-D 2° (ex 45)]
- Article L. 721-6 [devient L. 382-27 par l'article 75-V-D 3° (ex 45)]
- Article L. 721-7 [devient L. 382-28 par l'article 75-V-D 4° (ex 45)]
- Article L. 721-8 [devient L. 382-29 par l'article 75-V-D 5° (ex 45)]
- Article L. 721-8-1 [devient L. 382-18 par l'article 75-V-A-c)-4° (ex 45)]
- Article L. 721-15 [devient L. 382-30 par l'article 75-V-D 6° (ex 45)]
- Article L. 721-15-1 [devient L. 382-16 par l'article 75-V-A-c)-2° (ex 45)]

Titre 5 - Départements d'outre-mer

Chapitre 5 - Prestations familiales et prestations assimilées

Section 14 – Allocation de présence parentale Allocation journalière de présence parentale *[intitulé modifié par l'article 87-VI (ex 53- VI)]*

- Article L. 755-33 *[modifié par l'article 87-V (ex 53-V)]*

(inséré par Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 VI Journal Officiel du 24 décembre 2000)

L'~~allocation de présence parentale~~ **allocation journalière de présence parentale** est attribuée dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Livre 8 - Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 1 - Allocations aux personnes âgées

Chapitre 5 ter - Complément de retraite [abrogé par l'article 76-I (ex 46-I)]

-Article L815-30

(inséré par Ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 art. 1 I Journal Officiel du 26 juin 2004 en vigueur le 1er janvier 2006)

~~Les avantages attribués en vertu d'un régime de vieillesse à une personne qui ne remplit pas les conditions de résidence définies à l'article L. 815-1, mais ayant résidé sur le territoire de la République, pendant une durée et dans des conditions fixées par décret, ayant atteint l'âge minimum abaissé en cas d'inaptitude fixé au même article, et dont les ressources sont inférieures aux plafonds fixés à l'article L. 815-9, sont majorés pour être portés à un montant fixé par décret.~~

~~Lorsque le total des avantages de vieillesse, du complément de retraite et des ressources personnelles du requérant ou du couple de conjoints, de concubins ou de partenaires liés par un pacte civil de solidarité dépasse les plafonds fixés en application de l'article L. 815-9, le complément est réduit à due concurrence.~~

~~Ce complément est liquidé et servi par le régime de vieillesse dans les mêmes conditions que l'avantage principal et sur demande expresse de l'intéressé.~~

~~Il est remboursé aux organismes ou services qui en sont débiteurs par le fonds institué par l'article L. 135-1, dans les conditions prévues aux articles L. 815-19 à L. 815-21.~~

~~Les dispositions du deuxième alinéa et troisième alinéa de l'article L. 815-10, ainsi que celles des articles L. 815-11, L. 815-14 à L. 815-18 et L. 815-22 sont applicables au service, au contentieux et aux pénalités afférents au complément de retraite.~~

~~Un décret détermine les modalités d'application du présent chapitre.~~

Chapitre 6 - Dispositions diverses

- Article L. 816-1 [modifié par l'article 76-III (ex 46, III)]

(Loi n° 98-349 du 11 mai 1998 art. 42 I Journal Officiel du 12 mai 1998)

(Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 art. 53 I Journal Officiel du 31 juillet 1998)

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 20 I Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)

~~Nonobstant toute disposition contraire, le présent titre est applicable aux personnes de nationalité étrangère titulaires d'un des titres de séjour ou documents justifiant la régularité de leur séjour en France. La liste de ces titres et documents est fixée par décret.~~

Le présent titre est applicable aux personnes de nationalité étrangère sous réserve qu'elles répondent aux conditions prévues aux articles L. 262-9 et L. 262-9-1 du code de l'action sociale et des familles.

Titre 2 – Allocation aux adultes handicapés

- Article L. 821-5 [modifié par l'article 92-VI (ex 57-VI)]

(Loi n° 90-590 du 6 juillet 1990 art. 3 I Journal Officiel du 11 juillet 1990)
(Loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 art. 1 I Journal Officiel du 4 janvier 1992)
(Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 art. 58 II Journal Officiel du 19 janvier 1994)
(Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 art. 53 I Journal Officiel du 31 juillet 1998)
(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 20 I Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)
(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)
(Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 art. 41 Journal Officiel du 28 mars 2002 en vigueur le 1er janvier 2003)
(Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 16 I 6° Journal Officiel du 12 février 2005)

L'allocation aux adultes handicapés est servie comme une prestation familiale. Elle est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement des frais d'entretien de la personne handicapée. En cas de non-paiement de ces frais, la personne physique ou morale ou l'organisme qui en assume la charge peut obtenir de la caisse débitrice de l'allocation que celle-ci lui soit versée directement.

L'action de l'allocataire pour le paiement de l'allocation se prescrit par deux ans.

Cette prescription est également applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement d'allocations indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

La tutelle aux prestations sociales, prévue au chapitre 7 du titre VI du livre I, s'applique à l'allocation aux adultes handicapés.

Les dispositions des articles ~~L. 377-1~~ **L. 114-13**, L. 377-2 et L. 377-4 sont applicables à l'allocation aux adultes handicapés.

Les différends auxquels peut donner lieu l'application du présent titre et qui ne relèvent pas d'un autre contentieux sont réglés suivant les dispositions régissant le contentieux général de la sécurité sociale.

L'Etat verse au fonds national des prestations familiales, géré par la caisse nationale des allocations familiales, une subvention correspondant au montant des dépenses versées au titre de l'allocation aux adultes handicapés, du complément de ressources et de la majoration pour la vie autonome ainsi qu'au titre de l'allocation pour adulte handicapé prévue à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

Titre 6 - Protection complémentaire en matière de santé

Chapitre 1 - Dispositions générales

- Art. L. 861-3 [modifié par l'article 54-VI et VII (ex 36bis VI et VIbis)]

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 20 III Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)
(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)
(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 38 I Journal Officiel du 26 décembre 2001)

Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles :

- 1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ;
- 2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;
- 3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel.

La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'État afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé.

L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge.

Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article.

Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit.

Les personnes dont le droit aux prestations définies aux ~~cinq~~ **six** premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité.

Pour l'application de cette dispense d'avance de frais, un décret détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé permettant notamment qu'ils aient un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.

- Article L. 861-10 [modifié par l'article 92-VI (ex 57, VI)]

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 20 III Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

I. - En cas de réticence du bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé à fournir les informations requises ou de fausse déclaration intentionnelle, la décision attribuant la protection complémentaire est rapportée. Le rapport de la décision entraîne la nullité des adhésions et contrats prévus au b de l'article L. 861-4.

~~II. - Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est passible des peines prévues à l'article 441-1 du code pénal.~~

III. - Toute infraction aux prescriptions des articles L. 861-3 et L. 861-8 est punie d'une amende de 15000 euros.

IV. - Les organismes prévus à l'article L. 861-4 peuvent obtenir le remboursement des prestations qu'ils ont versées à tort. En cas de précarité de la situation du demandeur, la dette peut être remise ou réduite sur décision de l'autorité administrative compétente.

V. - Les dispositions des premier et troisième alinéas de l'article L. 332-1 sont applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé et aux organismes mentionnés à l'article L. 861-4.

Chapitre 2 - Dispositions financières

- Article L. 862-3 [modifié par l'article 23-II (ex 15 ter II)]

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 27 Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 56 II b Journal Officiel du 17 août 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)

(Loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 art. 132 I b finances pour 2005 Journal Officiel du 31 décembre 2004)

Les recettes du fonds sont constituées par :

- a) Un versement des organismes mentionnés à l'article L. 862-4 établi dans les conditions fixées par ce même article ;
- b) Une dotation budgétaire de l'Etat destinée à équilibrer le fonds ;
- c) Une dotation globale de l'assurance maladie versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2.

Le solde annuel des dépenses et des recettes du fonds doit être nul ;

d) Le produit de la cotisation mentionnée à l'article L. 245-7.

e) Une fraction de 1,88 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts.

NOTA : Art. 23 IV : les dispositions du présent article s'appliquent aux sommes à percevoir à compter du 1er janvier 2006.

- Article L. 862-4 [modifié par l'article 53-I (ex 36-I)]

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 27 Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)
(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)
(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 annexe II Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)
(Loi n° 2002-1575 du 30 décembre 2002 art. 136 III finances pour 2003 Journal Officiel du 31 décembre 2002)
(Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 art. 140 II finances pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2003)
(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 56 II b Journal Officiel du 17 août 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)
(Loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 art. 132 II finances pour 2005 Journal Officiel du 31 décembre 2004)

I - Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et les entreprises régies par le code des assurances sont assujetties, au titre de leur activité réalisée en France, à une contribution à versements trimestriels.

Cette contribution est assise sur le montant hors taxes des primes ou cotisations émises au cours d'un trimestre civil, déduction faite des annulations et des remboursements, ou, à défaut d'émission, recouvrées, afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, à l'exclusion des réassurances.

II. - Le taux de la contribution est fixé à ~~1,75 %~~ **2,5 %**.

III. - Les organismes mentionnés au I du présent article déduisent du montant de la contribution due en application du I et du II ci-dessus un montant égal, pour chaque organisme, au produit de la somme de ~~76,13 euros~~ **85 euros** par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions du b de l'article L. 861-4. Ils déduisent également un montant correspondant, pour chaque organisme, au quart du crédit d'impôt afférent aux contrats en vigueur le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due.

Chapitre 3 - Crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels

- Article L. 863-1 [modifié par l'article 53-II (ex 36-II)]

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 30 Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)
(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)
(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 56 I Journal Officiel du 17 août 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)
(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 56 II a Journal Officiel du 17 août 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)

Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la contribution due en application de l'article L. 862-4 les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance par les personnes résidant en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1 dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues à l'article L. 861-2, sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et ce même plafond majoré de 15 %.

Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, au sens de l'article L. 861-1, couvertes par le ou les contrats.

Il est égal à ~~150 Euros~~ **200 euros** par personne âgée de vingt-cinq à cinquante-neuf ans, de ~~75 Euros~~ **100 euros**

par personne âgée de moins de vingt-cinq ans et de ~~250 Euros~~ **400 euros** par personne âgée de soixante ans et plus. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année.

Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an.

**Titre 7 - Contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire de santé-
bénéficiant d'une aide** [intitulé modifié par l'article 54 (ex36 bis)]

- Article L. 871-1 [Crée par le I de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ; le II précise l'entrée en vigueur, modifié par l'article 54-II (ex 36bis-II)]

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 57 I Journal Officiel du 17 août 2004 en vigueur le 1er janvier 2006*)

(Loi n° 2004-1485 du 30 décembre 2004 art. 51 finances rectificative pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2004)

Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis et des 15° et 16° de l'article 995 du même code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné au respect, par les opérations d'assurance concernées, de règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L. 161-36-2. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5.

Elles prévoient également la prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 et aux prescriptions de celui-ci.

NOTA : L'article 54 II (ex 36bis II) modifie le II de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie suivant :

II. - Les dispositions de l'article L. 871-1 du même code s'appliquent à compter du 1er janvier 2006.

Toutefois, entrent en vigueur au 1^{er} juillet 2006 :

1° Les dispositions concernant la prise en charge de prestations liées à la prévention visées au dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale

2° Les dispositions prévues au I du présent article pour les garanties en cours au 1^{er} janvier 2006 et instituées à titre obligatoire par une convention collective de branche ou un accord collectif professionnel ou interprofessionnel.

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 1 - Dispositions relatives à la généralisation de la retraite complémentaire des salariés

- Article L. 921-1 *[modifié par l'article 45, VII]*

(Loi n° 94-678 du 8 août 1994 art. 5 III Journal Officiel du 10 août 1994)

(Loi n° 96-452 du 28 mai 1996 art. 50 II Journal Officiel du 29 mai 1996)

(Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 95 Journal Officiel du 22 août 2003 en vigueur le 1er janvier 2004)

(Loi n° 2004-803 du 9 août 2004 art. 20 Journal Officiel du 11 août 2004)

Les catégories de salariés soumis à titre obligatoire à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale ou des assurances sociales agricoles et les anciens salariés de même catégorie, qui ne relèvent pas d'un régime complémentaire de retraite géré par une institution de retraite complémentaire autorisée en vertu du présent titre ou du I ou de l'article 1050 du code rural sont affiliés obligatoirement à une de ces institutions. **Ces dispositions sont applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 382-15 qui bénéficient d'un revenu d'activité perçu individuellement.**

Une solidarité interprofessionnelle et générale sera organisée entre les institutions, en application conjointe, s'il y a lieu, des procédures définies par l'article L. 911-4 du présent code et l'article 1051 du code rural.

Cette solidarité s'étend aux opérations visées au dernier alinéa de l'article L. 922-1 du présent code.

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

Livre Ier - Dispositions générales

Titre IV - Institutions

Chapitre X – Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

- Article L. 14-10-5 [modifié par l'article 51-I (ex 34-I)]

(inséré par Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 60 I Journal Officiel du 12 février 2005)

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en six sections distinctes selon les modalités suivantes :

I. - Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1, qui est divisée en deux sous-sections.

1. La première sous-section est relative aux établissements et services mentionnés au 1° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes handicapées. Elle retrace :

a) En ressources, une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;

b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services **et une contribution, par voie de fonds de concours créée par l'Etat en 2006, au financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnée à l'article L. 114-1-1.**

2. La deuxième sous-section est relative aux établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes âgées. Elle retrace :

a) En ressources, 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;

b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services.

Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.

II. - Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :

a) En ressources, 20 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, le produit mentionné au 4° du même article et le produit de la contribution sociale généralisée mentionné au 3° du même article, diminué du montant mentionné au IV du présent article ;

b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6.

III. - Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :

a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ;

b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7.

Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 541-4 du code de la sécurité sociale.

Avant imputation des contributions aux sections mentionnées aux V et VI, l'ensemble des ressources destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au 1 du I, soit au titre de la présente section, doit totaliser 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.

IV. - Une section consacrée à la promotion des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées. Elle retrace :

a) En ressources, une fraction du produit visé au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit ;

b) En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1.

Les projets financés par cette section doivent être agréés par l'autorité compétente de l'Etat, qui recueille le cas échéant, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, l'avis préalable de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

V. - Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, et les frais d'études dans les domaines d'action de la caisse :

a) Pour les personnes âgées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et du budget, des ressources prévues au a du 2 du I ;

b) Pour les personnes handicapées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget, des ressources prévues au a du III.

VI. - Une section consacrée aux frais de gestion de la caisse. Les charges de cette section sont financées par un prélèvement sur les ressources mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 14-10-4, réparti entre les sections précédentes au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées.

Par dérogation au I de l'article L. 14-10-8, les reports de crédits peuvent être affectés, en tout ou partie, à d'autres sections, par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget après avis du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Livre II – différentes formes d'aide et d'action sociales

Titre IV – Personnes handicapées

Chapitre IV – Allocation aux adultes handicapés

- Article L. 244-1 [modifié par l'article 92-VI (ex57-VI)]
(Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 16 I, II Journal Officiel du 12 février 2005)

Les règles relatives à l'allocation aux adultes handicapés sont fixées par les dispositions des articles L. 821-1, L. 821-1-1, L. 821-2, L. 821-3, L. 821-4, L. 821-5, L. 821-6, L. 821-7 et L. 821-8 du code de la sécurité sociale ci-après reproduites : (...)

Voir l'article L. 821-5 CSS

Chapitre V – Prestation de compensation

- Article L. 245-6 [modifié par l'article 71 (ex 44 bis B)]
(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 54 Journal Officiel du 18 janvier 2002)
(Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 12 I Journal Officiel du 12 février 2005)

La prestation de compensation est accordée sur la base de tarifs et de montants fixés par nature de dépense, dans la limite de taux de prise en charge qui peuvent varier selon les ressources du bénéficiaire. ~~Les tarifs et taux de prise en charge susmentionnés, ainsi que le montant maximum de chaque élément mentionné à l'article L. 245-3, sont déterminés par voie réglementaire.~~ **Les montants maximum, les tarifs et les taux de prise en charge sont fixés par arrêtés du ministre chargé des personnes handicapées.** Les modalités et la durée d'attribution de cette prestation sont définies par décret.

Sont exclus des ressources retenues pour la détermination du taux de prise en charge mentionné à l'alinéa précédent :

- les revenus d'activité professionnelle de l'intéressé ;
- les indemnités temporaires, prestations et rentes viagères servies aux victimes d'accidents du travail ou à leurs ayants droit mentionnées au 8° de l'article 81 du code général des impôts ;
- les revenus de remplacement dont la liste est fixée par voie réglementaire ;
- les revenus d'activité du conjoint, du concubin, de la personne avec qui l'intéressé a conclu un pacte civil de solidarité, de l'aidant familial qui, vivant au foyer de l'intéressé, en assure l'aide effective, de ses parents même lorsque l'intéressé est domicilié chez eux ;
- les rentes viagères mentionnées au 2° du I de l'article 199 septies du code général des impôts, lorsqu'elles ont été constituées par la personne handicapée pour elle-même ou, en sa faveur, par ses parents ou son représentant légal, ses grands-parents, ses frères et soeurs ou ses enfants ;
- certaines prestations sociales à objet spécialisé dont la liste est fixée par voie réglementaire.

Titre VI – Lutte contre la pauvreté et les exclusions

Chapitre II – Revenu minimum d'insertion

Section 5 – Recours et récupération

- Article L. 262-46 [abrogé par l'article 92-VI (ex 57-VI)]

~~Le fait de bénéficier frauduleusement ou de tenter de bénéficier frauduleusement de l'allocation est puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-3 et 313-7 du code pénal.~~

Livre III - Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services

Titre Ier – Etablissements et services soumis à autorisation

Chapitre II – Organisation de l'action sociale et médico-sociale

Section 1 - Etablissements et services sociaux et médico-sociaux

- Article L. 312-1 [modifié par l'article 50-IV1° (ex 3- IV 1°)]

(Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 art. 4 I, art. 14 I, II, art. 15 Journal Officiel du 3 janvier 2002)
(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 40 II Journal Officiel du 5 mars 2002)
(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 26 II Journal Officiel du 6 septembre 2003)
(Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 38 IX, art. 67 III, art. 82 Journal Officiel du 12 février 2005)

I. - Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

- 1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant de l'article L. 222-5 ;
- 2° Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;
- 3° Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique ;
- 4° Les établissements ou services mettant en oeuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou des articles 375 à 375-8 du code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans ;
- 5° Les établissements ou services :
 - a) D'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à l'article L. 322-4-16 du code du travail et des entreprises adaptées définies aux articles L. 323-30 et suivants du même code ;
 - b) De réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 323-15 du code du travail ;
- 6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;
- 7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;
- 8° Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;
- 9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical,

dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, **les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées « lits halte soins santé »** et les appartements de coordination thérapeutique ;

10° Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des articles L. 351-2 et L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation ;

11° Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en oeuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ;

12° Les établissements ou services à caractère expérimental.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

II. - Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services relevant des catégories mentionnées au présent article, à l'exception du 12° du I, sont définies par décret après avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

Les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 6° et 7° du I s'organisent en unités de vie favorisant le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies, dans des conditions et des délais fixés par décret.

Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 12° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret et après consultation de la branche professionnelle ou, à défaut, des fédérations ou organismes représentatifs des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans les établissements sociaux et médico-sociaux publics ou privés doivent conclure avec ces établissements une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

III. - Les lieux de vie et d'accueil qui ne constituent pas des établissements et services sociaux ou médico-sociaux au sens du I doivent faire application des articles L. 311-4 à L. 311-8. Ils sont également soumis à l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 et aux dispositions des articles L. 313-13 à L. 313-25, dès lors qu'ils ne relèvent ni des dispositions prévues au titre II du livre IV relatives aux assistants maternels, ni de celles relatives aux particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées prévues au titre IV dudit livre. Un décret fixe le nombre minimal et maximal des personnes que ces structures peuvent accueillir.

Chapitre III – Droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Section 1 - Autorisations

- Article L. 313-1 [modifié par l'article 50-IV et V (ex 33 IV et V)]

(Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 art. 4 I, art. 24 I, II, art. 25 Journal Officiel du 3 janvier 2002)

(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51 I 20° Journal Officiel du 18 janvier 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 39 II 3° Journal Officiel du 5 mars 2002 en vigueur le 5 septembre 2002)

(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 38 IV Journal Officiel du 24 décembre 2002)

La création, la transformation ou l'extension des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 sont soumises à autorisation.

La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale ou le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale compétent émet un avis sur tous les projets de création ainsi que sur les projets de transformation et d'extension portant sur une capacité supérieure à un seuil fixé par décret en Conseil d'Etat d'établissements ou de services de droit public ou privé. Cet avis peut être rendu selon une procédure simplifiée.

En outre, le comité de coordination régional de l'emploi et de la formation professionnelle et le conseil régional émettent un avis sur tous les projets de création, d'extension ou de transformation des établissements visés au b du 5° du I de l'article 312-1.

Sauf pour les établissements et services mentionnés au 4° du I de l'article L. 312-1, l'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 312-8.

A titre transitoire, la première autorisation délivrée aux centres ~~de soins spécialisés~~ **spécialisés de soins** [art. 50 V] aux toxicomanes **et aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue** [art. 50 IV 2°] conformément aux dispositions du présent article a une durée de trois ans.

Toute autorisation est caduque si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution dans un délai de trois ans à compter de sa date de notification.

Lorsque l'autorisation est accordée à une personne physique ou morale de droit privé, elle ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente concernée.

Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente.

Les dispositions du présent article sont applicables aux couples ou aux personnes qui accueillent habituellement de manière temporaire ou permanente, à temps complet ou partiel, à leur domicile, à titre onéreux, plus de trois personnes âgées ou handicapées adultes.

- Article L. 313-4 [modifié par l'article 50-IV 3°(ex 33-IV 3°)]

(Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 art. 4 I, art. 24 I, II, art. 28 Journal Officiel du 3 janvier 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 40 III Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 58 II Journal Officiel du 12 février 2005)

L'autorisation initiale est accordée si le projet :

- 1° Est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève et, pour les établissements visés au b du 5° du I de l'article L. 312-1, aux besoins et débouchés recensés en matière de formation professionnelle ;

- 2° Satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le présent code et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L. 312-8 et L. 312-9 ;
- 3° Présente un coût de fonctionnement qui n'est pas hors de proportion avec le service rendu ou les coûts des établissements et services fournissant des prestations comparables ;
- 4° Est compatible, lorsqu'il en relève, avec le programme interdépartemental mentionné à l'article L. 312-5-1, et présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L. 313-8, L. 314-3, **L. 314-3-2** et L. 314-4, au titre de l'exercice correspondant à la date de ladite autorisation.

L'autorisation, ou son renouvellement, peuvent être assortis de conditions particulières imposées dans l'intérêt des personnes accueillies.

Lorsque l'autorisation a été refusée en raison de son incompatibilité avec les dispositions de l'un des articles L. 313-8, L. 314-3, **L. 314-3-2** et L. 314-4 et lorsque le coût prévisionnel de fonctionnement du projet se révèle, dans un délai de trois ans, en tout ou partie compatible avec le montant des dotations mentionnées audit article, l'autorisation peut être accordée en tout ou partie au cours de ce même délai sans qu'il soit à nouveau procédé aux consultations mentionnées à l'article L. 313-1.

Lorsque les dotations mentionnées aux articles L. 313-8, L. 314-3, **L. 314-3-2** et L. 314-4 ne permettent pas le financement de tous les projets présentés dans le cadre du premier alinéa de l'article L. 313-2 ou lorsqu'elles n'en permettent qu'une partie, ceux des projets qui, de ce seul fait, n'obtiennent pas l'autorisation font l'objet d'un classement prioritaire dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.

- Article L. 313-8 *[modifié par l'article 50-IV 4° (ex 33-IV 4°)]*

(Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 art. 4 I, art. 24 I, II, art. 32 Journal Officiel du 3 janvier 2002)

L'habilitation et l'autorisation mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 313-6 peuvent être refusées pour tout ou partie de la capacité prévue, lorsque les coûts de fonctionnement sont manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec ceux des établissements fournissant des services analogues.

Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner, pour les budgets des collectivités territoriales, des charges injustifiées ou excessives, compte tenu d'un objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses délibéré par la collectivité concernée en fonction de ses obligations légales, de ses priorités en matière d'action sociale et des orientations des schémas départementaux mentionnés à l'article L. 312-5.

Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner pour le budget de l'Etat des charges injustifiées ou excessives compte tenu des enveloppes de crédits définies à l'article L. 314-4.

Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner, pour les budgets des organismes de sécurité sociale, des charges injustifiées ou excessives, compte tenu des objectifs et dotations définis à l'article L. 314-3 **et à l'article L. 314-3-2.**

Chapitre 3 – Droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Section 3 : Contrats et conventions pluriannuels

- Article L. 313-12 [modifié par l'article 48-I (ex 32-I)]

(Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 art. 4 I, art. 24 I, IV, art. 37 Journal Officiel du 3 janvier 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 39 II 5° Journal Officiel du 5 mars 2002 en vigueur le 5 septembre 2002)

(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 42 I Journal Officiel du 24 décembre 2002)

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 4 XI Journal Officiel du 11 août 2004)

(Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 art. 14 Journal Officiel du 23 avril 2005)

I. - Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnées au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et les établissements de santé dispensant des soins de longue durée visés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion supérieure à un seuil fixé par décret ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 que s'ils ont passé avant le 31 décembre 2005, ou avant le 31 décembre 2006 pour les établissements mentionnés à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation **au plus tard le 31 décembre 2007** une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat, qui respecte le cahier des charges établi par arrêté ministériel, après avis des organismes nationaux d'assurance maladie et des représentants des présidents de conseils généraux. La convention pluriannuelle identifie, le cas échéant, les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définit, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs.

I bis - Les établissements relevant de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation qui, d'une part, ne bénéficient pas au 31 décembre 2005 d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et, d'autre part, accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion supérieure au seuil mentionné au I et dans une proportion inférieure à un seuil fixé par décret, peuvent déroger à l'obligation de passer une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat et aux règles mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 314-2.

Lorsqu'un établissement opte pour la dérogation prévue à l'alinéa précédent, les résidents bénéficient, le cas échéant, de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les conditions prévues aux articles L. 232-3 à L. 232-7.

Lorsqu'un établissement opte pour la convention pluriannuelle mentionnée au I, celle-ci peut ne porter que sur la capacité d'accueil correspondant à l'hébergement de personnes âgées dépendantes. Un décret définit le niveau de dépendance des résidents concernés ainsi que les conditions architecturales requises.

Pour les établissements qui n'ont pas été autorisés à dispenser des soins et ayant opté pour la dérogation mentionnée au premier alinéa, ainsi que pour la partie de la capacité d'accueil non couverte par la convention en application du troisième alinéa, un décret précise, le cas échéant, les modalités de prise en compte des financements de l'assurance maladie attribués conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Les établissements mentionnés au premier alinéa, ayant opté pour la dérogation, doivent répondre à des critères de fonctionnement, notamment de qualité, définis par un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.

Les établissements mentionnés au premier alinéa exercent leur droit d'option dans des conditions et à une date fixées par décret.

II. - Les établissements mentionnés au I dont la capacité est inférieure à un seuil fixé par décret ont la possibilité de déroger aux règles mentionnées au 1° de l'article L. 314-2. Dans ces établissements, les modalités de tarification des prestations remboursables aux assurés sociaux sont fixées par décret.

III. - Les établissements accueillant un nombre de personnes âgées dépendantes inférieur au seuil mentionné au I doivent répondre à des critères de fonctionnement, notamment de qualité, définis par un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.

IV. - Les établissements mentionnés au I bénéficiant déjà, au 1er janvier 2001, d'une autorisation de dispenser des soins pour une partie de leur capacité sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux pour la totalité de leur capacité dès conclusion de la convention prévue au I.

Pour les autres établissements mentionnés au I, régulièrement autorisés avant le 1er janvier 2001, un arrêté du ministre chargé des personnes âgées fixe les conditions dans lesquelles sera recueilli selon les cas, l'avis du comité régional de l'organisation sanitaire ou celui du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale nécessaire à la délivrance de l'autorisation de dispenser des soins.

V. - Le personnel des établissements publics mentionnés au I peut comprendre des médecins, des biologistes, des odontologistes et des pharmaciens visés par l'article L. 6152-1 du code de la santé publique. Les établissements privés mentionnés au I peuvent faire appel à ces praticiens dans les conditions prévues par les statuts de ces derniers.

Chapitre IV – Dispositions financières

Section 2 - Règles budgétaires et de financement

- Article L. 314-3-1 [modifié par les articles 46-I (ex 31-I) et 51-II (ex 34-II)]
(inséré par Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 59 I Journal Officiel du 12 février 2005)

Relèvent de l'objectif géré, en application de l'article L. 314-3, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie :

1° Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, b du 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ;

2° Les établissements et services mentionnés aux 11° et 12° du I du même article qui accueillent des personnes handicapées ou âgées dépendantes ;

3° Les établissements **et services** [NOTA : Art. 51-II-2 : à partir du 1^{er} janvier 2006] mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code ~~et au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.~~

- Article L. 314-3-2 [créé par l'article 50-IV 5°(ex 33-IV 5°)]

Chaque année, dans les quinze jours suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget arrêtent, d'une part, l'objectif de dépenses correspondant au financement par les régimes obligatoires d'assurance maladie, des établissements et des actions expérimentales mentionnés à l'article L. 314-3-3, et, d'autre part, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations servies par ces mêmes établissements.

L'objectif susmentionné est fixé en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement et après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale. Il prend en compte l'impact des éventuelles modifications des règles de tarification des prestations, ainsi que celui des changements de régime de financement des établissements et services concernés.

Le montant total annuel susmentionné est constitué en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations est fixé par les ministres chargés de l'action sociale et de la sécurité sociale, en fonction des besoins de la population, des orientations définies par des schémas prévus à l'article L.312-5 du présent code, des priorités définies au niveau national, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services, et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions.

Chaque dotation régionale est répartie par le représentant de l'Etat dans la région, après avis du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et des représentants de l'Etat dans les départements, en dotations départementales limitatives. Ces dotations départementales peuvent, dans les mêmes conditions, être réparties par le représentant de l'Etat dans le département en dotations affectées par catégories de bénéficiaires ou à certaines prestations.

- Article L. 314-3-3 [créé par l'article 50-IV 5°(ex 33-IV 5°)]

Relèvent de l'objectif et du montant total mentionnés à l'article L. 314-3-2 les établissements suivants :

- 1° Les centres de soins spécialisés aux toxicomanes mentionnés à l'article L. 314-8 ;
- 2° Les centres de cure ambulatoire en alcoologie mentionnés à l'article L. 3311-2 du code de la santé publique ;
- 3° Les appartements de coordination thérapeutique, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue et les structures dénommés « lits halte soins santé » mentionnés au 9° du I de l'article L.312-1 du présent code.

Relèvent également du même objectif, les actions expérimentales de caractère médical et social mentionnées à l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale.

- Article L. 314-7 [modifié par l'article 50-IV 6° (ex 33-IV 6°)]

(Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 art. 4 I, art. 50, art. 55 Journal Officiel du 3 janvier 2002)

I. - Dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1, sont soumis à l'accord de l'autorité compétente en matière de tarification :

- 1° Les emprunts dont la durée est supérieure à un an ;
- 2° Les programmes d'investissement et leurs plans de financement ;
- 3° Les prévisions de charges et de produits d'exploitation permettant de déterminer les tarifs des prestations prises en charge par l'Etat, les départements ou les organismes de sécurité sociale, ainsi que les affectations de résultats qui en découlent.

Les dispositions mentionnées aux 1° et 2° ne sont pas applicables aux établissements visés à l'article L. 342-1.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles ces charges, produits et résultats sont retracés dans des comptes distincts, en fonction de la nature des prestations, de leur tarification et de leur financement.

II. - Le montant global des dépenses autorisées ainsi que les tarifs des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 sont notifiés par l'autorité compétente en matière de tarification, au terme d'une procédure contradictoire, au plus tard soixante jours à compter de la date de notification des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L. 313-8, L. 314-3, **L. 314-3-2** et L. 314-4, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les décisions mentionnées aux 1° et 2° du I sont opposables à l'autorité compétente en matière de tarification si celle-ci n'a pas fait connaître son opposition dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat. Il en va de même des décisions modificatives concernant les prévisions de charges ou de produits mentionnées au 3° du I qui interviennent après la fixation des tarifs.

III. - L'autorité compétente en matière de tarification ne peut modifier que :

1° Les prévisions de charges ou de produits insuffisantes ou qui ne sont pas compatibles avec les dotations de financement fixées dans les conditions prévues, selon le cas, aux articles L. 313-8, L. 314-3, **L. 314-3-2** et L. 314-4 ;

2° Les prévisions de charges qui sont manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des établissements et services fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement.

La décision de modification doit être motivée.

IV. - Les dépenses de l'établissement ou du service imputables à des décisions n'ayant pas fait l'objet des procédures mentionnées au présent article ne sont pas opposables aux collectivités publiques et organismes de sécurité sociale.

V. - Les charges et produits des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1, dont les prestations ne sont pas prises en charge ou ne le sont que partiellement par les collectivités et organismes susmentionnés, sont retracés dans un ou plusieurs comptes distincts qui sont transmis à l'autorité compétente en matière de tarification.

La personne physique ou morale gestionnaire de l'établissement ou du service tient à la disposition de l'autorité compétente en matière de tarification tout élément d'information comptable ou financier relatif à l'activité de l'établissement ou du service, ainsi que tous états et comptes annuels consolidés relatifs à l'activité de la personne morale gestionnaire.

Les dispositions du présent V ne sont pas applicables aux prestations relatives à l'hébergement dans les établissements visés à l'article L. 342-1.

VI. - Les budgets des établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent prendre en compte, éventuellement suivant une répartition établie en fonction du niveau respectif de ces budgets, les dépenses relatives aux frais du siège social de l'organisme gestionnaire pour la part de ces dépenses utiles à la réalisation de leur mission dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

- Article L. 314-8 [modifié par les articles 48-II (ex 32-II) et 50 IV et V (ex 33, IV et V)]

(Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 art. 4 I, art. 50, art. 56 Journal Officiel du 3 janvier 2002)

(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 88 I Journal Officiel du 18 janvier 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 96 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 38 I Journal Officiel du 24 décembre 2002)

Les modalités de fixation de la tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat qui prévoit notamment :

1° Les conditions et modalités de la tarification de certains établissements ou services, sous forme de prix de journée, tarifs de prestations ou forfaits journaliers et les modalités de globalisation des financements sous forme de forfaits annuels ou de dotations globales ;

2° Les conditions dans lesquelles les personnes accueillies temporairement peuvent être dispensées d'acquitter tout ou partie des frais afférents à leur prise en charge.

L'accueil temporaire est défini par voie réglementaire.

Les dépenses de fonctionnement des appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans préjudice d'une participation des collectivités locales.

Les dépenses médico-sociales des centres ~~de soins spécialisés~~ **spécialisés de soins** [art. 50 V] aux toxicomanes **et des structures dénommées « lits halte soins santé »** [art. 50-IV 7°] relevant des catégories d'établissements mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 sont prises en charge par l'assurance maladie sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités locales, et sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

~~Dans les établissements et services visés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ne~~

~~comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code.~~

Dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation de médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code, à l'exception de certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté. Ces dispositions sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2007

Livre IV : Professions et activités d'accueil

Titre IV : Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées

Chapitre III : Dispositions communes

Article L. 443-12 [modifié par l'article 12 (ex 11 bis)]

(inséré par Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51 I 19° Journal Officiel du 18 janvier 2002)

Les personnes morales de droit public ou de droit privé qui gèrent des établissements et services mentionnés aux 5° à 7° de l'article L. 312-1 peuvent, avec l'accord du président du conseil général, être employeurs des accueillants familiaux.

Dans ce cas, il est conclu entre l'accueillant familial et son employeur pour chaque personne accueillie à titre permanent un contrat de travail distinct du contrat d'accueil. **Dans le cadre de ce contrat de travail, la personne morale employeur peut bénéficier des exonérations de cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales dans les conditions du I de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale.**

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Première partie - Protection générale de la santé

Livre Ier - Protection des personnes en matière de santé

Titre Ier – Droits des personnes malades et des usagers du système de santé

Chapitre Ier – Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté

Section 1 : Principes généraux

- Article L. 1111-8 [modifié par l'article 92-IX (ex 57-IX)]

(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 9 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 art. 18 IV Journal Officiel du 7 août 2004)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 4 Journal Officiel du 17 août 2004)

(Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 art. 10 II Journal Officiel du 23 avril 2005)

Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée.

Les traitements de données de santé à caractère personnel que nécessite l'hébergement prévu au premier alinéa doivent être réalisés dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. La prestation d'hébergement fait l'objet d'un contrat. Lorsque cet hébergement est à l'initiative d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, le contrat prévoit que l'hébergement des données, les modalités d'accès à celles-ci et leurs modalités de transmission sont subordonnées à l'accord de la personne concernée.

Les conditions d'agrément des hébergeurs sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils de l'ordre des professions de santé ~~ainsi que du conseil des professions paramédicales~~. Ce décret mentionne les informations qui doivent être fournies à l'appui de la demande d'agrément, notamment les modèles de contrats prévus au deuxième alinéa et les dispositions prises pour garantir la sécurité des données traitées en application de l'article 34 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée, en particulier les mécanismes de contrôle et de sécurité dans le domaine informatique ainsi que les procédures de contrôle interne. Les dispositions de l'article L. 4113-6 s'appliquent aux contrats prévus à l'alinéa précédent.

L'agrément peut être retiré, dans les conditions prévues par l'article 24 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, en cas de violation des prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l'agrément.

Seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissements de santé qui les prennent en charge et qui sont désignés par les personnes concernées, selon des modalités fixées dans le contrat prévu au deuxième alinéa, dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-7.

Les hébergeurs tiennent les données de santé à caractère personnel qui ont été déposées auprès d'eux à la disposition de ceux qui les leur ont confiées. Ils ne peuvent les utiliser à d'autres fins. Ils ne

peuvent les transmettre à d'autres personnes que les professionnels de santé ou établissements de santé désignés dans le contrat prévu au deuxième alinéa.

Lorsqu'il est mis fin à l'hébergement, l'hébergeur restitue les données qui lui ont été confiées, sans en garder de copie, au professionnel, à l'établissement ou à la personne concernée ayant contracté avec lui.

Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et les personnes placées sous leur autorité qui ont accès aux données déposées sont astreintes au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel ou qui proposent cette prestation d'hébergement sont soumis, dans les conditions prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3, au contrôle de l'Inspection générale des affaires sociales et des agents de l'Etat mentionnés à l'article L. 1421-1. Les agents chargés du contrôle peuvent être assistés par des experts désignés par le ministre chargé de la santé.

Tout acte de cession à titre onéreux de données de santé identifiantes, directement ou indirectement, y compris avec l'accord de la personne concernée, est interdit sous peine des sanctions prévues à l'article 226-21 du code pénal.

Titre II – Recherche biomédicales

Chapitre Ier –Principes généraux

- Article L. 1121-1 [modifié par l'article 49 (ex 32 bis)]

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 88 II Journal Officiel du 11 août 2004)

Les recherches organisées et pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales sont autorisées dans les conditions prévues au présent livre et sont désignées ci-après par les termes "recherche biomédicale".

Les dispositions du présent titre ne s'appliquent pas :

1° Aux recherches dans lesquelles tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle, sans aucune procédure supplémentaire ou inhabituelle de diagnostic ou de surveillance ;

2° Aux recherches visant à évaluer les soins courants, ~~autres que celles portant sur des produits mentionnés à l'article L. 5311-1 et figurant sur une liste fixée par décret en Conseil d'Etat,~~ lorsque tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle mais que des modalités particulières de surveillance sont prévues par un protocole, obligatoirement soumis à l'avis consultatif du comité mentionné à l'article L. 1123-1. Ce protocole précise également les modalités d'information des personnes concernées. **Les caisses d'assurance maladie peuvent prendre en charge à titre temporaire et dérogatoire les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 et figurant sur une liste fixée par décret en Conseil d'Etat lorsque ces produits ne sont pas utilisés dans des conditions ouvrant droit au remboursement, sous réserve de l'avis conforme de la Haute Autorité de santé instituée par l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. Cet avis apprécie l'intérêt des recherches conduites sur ces produits pour l'amélioration du bon usage et de la qualité des soins et des pratiques. La décision de prise en charge est prise par les ministres de la sécurité sociale et de la santé. Un décret précise les conditions de la prise en charge par l'assurance maladie.**

La personne physique ou la personne morale qui prend l'initiative d'une recherche biomédicale sur l'être humain, qui en assure la gestion et qui vérifie que son financement est prévu, est dénommée le promoteur. Celui-ci ou son représentant légal doit être établi dans la Communauté européenne. Lorsque plusieurs personnes prennent l'initiative d'une même recherche biomédicale, elles désignent une personne physique ou morale qui aura la qualité de promoteur et assumera les obligations correspondantes en application du présent livre.

La ou les personnes physiques qui dirigent et surveillent la réalisation de la recherche sur un lieu sont dénommées investigateurs.

Lorsque le promoteur d'une recherche biomédicale confie sa réalisation à plusieurs investigateurs, sur un même lieu ou sur plusieurs lieux en France, le promoteur désigne parmi les investigateurs un coordonnateur.

Titre IV – Réparation des conséquences des risques sanitaires

Chapitre II – Risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé

Section 4 - Indemnisation des victimes

- Article L. 1142-23 [modifié par l'article 52 (ex35)]

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 98 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 art. 1 IX Journal Officiel du 31 décembre 2002)

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 115 II Journal Officiel du 11 août 2004)

L'office est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable défini par décret.

Les charges de l'office sont constituées par :

- 1° Le versement d'indemnités aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales en application des dispositions du présent chapitre ;
- 2° Le versement d'indemnités en réparation des dommages directement imputables à une vaccination obligatoire en application de l'article L. 3111-9 ;
- 3° Le versement d'indemnités aux victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine en application de l'article L. 3122-1 ;
- 4° Le versement des indemnités prévues à l'article L. 3110-4 aux victimes de dommages imputables directement à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins réalisée en application de mesures prises conformément à l'article L. 3110-1 ;
- 5° Les frais de gestion administrative de l'office et des commissions régionales et interrégionales ;
- 6° Les frais résultant des expertises diligentées par les commissions régionales et interrégionales ainsi que des expertises prévues pour l'application des articles L. 3110-4, L. 3111-9 et L. 3122-2.

Les recettes de l'office sont constituées par :

- 1° Une dotation globale versée par les organismes d'assurance maladie dans des conditions fixées par décret. La répartition de cette dotation entre les différents régimes d'assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. Le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ;
- 2° Le produit des remboursements des frais d'expertise prévus aux articles L. 1142-14 et L. 1142-15 ;
- 3° Le produit des pénalités prévues aux mêmes articles ;
- 4° Le produit des recours subrogatoires mentionnés aux articles L. 1142-15, L. 1142-17, L. 3110-4, L. 3111-9 et L. 3122-4 ;
- 5° Une dotation versée par l'Etat en application de l'article L. 3111-9 ;
- ~~6° Une dotation versée par l'Etat en vue d'assurer l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine en application des articles L. 3122-1 à L. 3122-5 ;~~
- ~~7°~~ 6° Une dotation versée par le fonds mentionné à l'article L. 3110-5.

Deuxième partie - Santé de la famille, de la mère et de l'enfant

Livre Ier - Protection et promotion de la santé maternelle et infantile

Titre III – Actions de prévention concernant l'enfant

Chapitre II – Carnet de santé et examens obligatoires

- Article L. 2132-2-1 [modifié par l'article 38-I (ex 27bis A, I)]

(inséré par Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 34 I Journal Officiel du 26 décembre 2001)

Dans l'année qui suit leur sixième et leur douzième anniversaire, les enfants sont obligatoirement soumis à un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. ~~La nature et les modalités de cet examen sont définies par arrêté interministériel.~~ Cet examen ne donne pas lieu à contribution financière de la part des familles. Cette obligation est réputée remplie lorsque le chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie atteste sur le carnet de santé mentionné à l'article L. 2132-1 de la réalisation des examens dispensés.

~~Les professionnels et organismes qui participent à la réalisation des examens de prévention susmentionnés s'engagent contractuellement auprès des organismes d'assurance maladie, sur la base d'une convention type fixée par arrêté interministériel pris après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, à respecter les conditions de mise en œuvre de ces examens. Un accord conventionnel interprofessionnel mentionné à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ou les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du même code déterminent pour les médecins qualifiés en stomatologie et pour les chirurgiens-dentistes la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen.~~ Celles-ci concernent notamment l'information des personnes concernées, la qualité des examens, le suivi des personnes et la transmission des informations nécessaires à l'évaluation du programme de prévention dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Nota : Loi 2001-1246 2001-12-21 art. 34 III 1° : Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 2132-2-1 sont applicables à Mayotte.

NOTA : article 38 II : L'article L. 2132-2-1 du même code dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi demeure en vigueur, respectivement pour chacune des professions concernées, jusqu'à la publication des dispositions conventionnelles prises en application du 2° du I.

Chapitre III – Alimentation, publicité et promotion

- Article L. 2133-1 [modifié par l'article 57 (ex 38)]

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 29 Journal Officiel du 11 août 2004)

(Loi n° 2004-1485 du 30 décembre 2004 art. 133 finances rectificative pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2004)

~~— Les messages publicitaires télévisés ou radiodiffusés en faveur de boissons avec ajouts de sucres, de sel ou d'édulcorants de synthèse et de produits alimentaires manufacturés, émis et diffusés à partir du territoire français et reçus sur ce territoire, doivent contenir une information à caractère sanitaire. La même obligation d'information s'impose aux actions de promotion de ces boissons et produits.~~

Les messages publicitaires en faveur de boissons avec ajouts de sucres, de sel ou d'édulcorants de synthèse ou de produits alimentaires manufacturés doivent contenir une information à caractère sanitaire. Dans le cas des messages publicitaires télévisés ou radiodiffusés cette obligation ne s'applique qu'aux messages émis et diffusés à partir du territoire français et reçus sur ce territoire. La même obligation d'information s'impose à toute promotion, destinée au public, par voie d'imprimés et de publications périodiques édités par les producteurs ou distributeurs de ces produits.

Les annonceurs et les promoteurs peuvent déroger à cette obligation sous réserve du versement d'une contribution dont le produit est affecté à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Cette contribution est destinée à financer la réalisation et la diffusion d'actions d'information et d'éducation nutritionnelles, notamment dans les médias concernés ainsi qu'au travers d'actions locales.

~~— La contribution prévue à l'alinéa précédent est assise sur le montant annuel des sommes destinées à l'émission et à la diffusion des messages visés au premier alinéa, hors remise, rabais, ristourne et taxe sur la valeur ajoutée, payées par les annonceurs aux régies. Le montant de cette contribution est égal à 1,5 % du montant de ces sommes.~~

~~— Le fait générateur est constitué par la diffusion des messages publicitaires définis au premier alinéa. L'exigibilité de la contribution intervient au moment du paiement par l'annonceur aux régies. La contribution est déclarée, liquidée, recouvrée et contrôlée selon les procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à cette même taxe. Il est opéré un prélèvement de 1,5 % effectué par l'Etat sur le montant de cette contribution pour frais d'assiette et de recouvrement.~~

La contribution prévue à l'alinéa précédent est assise, s'agissant des messages publicitaires, sur le montant annuel des sommes destinées à l'émission et à la diffusion de ces messages, hors remise, rabais, ristourne et taxe sur la valeur ajoutée, payées par les annonceurs. Le montant de cette contribution est égal à 1,5 % du montant de ces sommes.

La contribution prévue au deuxième alinéa est assise, s'agissant des autres types de promotion de ces produits, sur la valeur hors taxe sur la valeur ajoutée des dépenses de réalisation et de distribution qui ont été engagées au titre de l'année civile précédente, diminuée des réductions de prix obtenues des fournisseurs qui se rapportent expressément à ces dépenses. La base d'imposition des promoteurs qui effectuent tout ou partie des opérations de réalisation et de distribution avec leurs propres moyens d'exploitation est constituée par le prix de revient hors taxe sur la valeur ajoutée de toutes les dépenses ayant concouru à la réalisation desdites opérations. Le taux de la contribution est fixé à 1,5 % du montant hors taxe sur la valeur ajoutée de ces dépenses.

Le fait générateur est constitué par la diffusion des messages publicitaires ou la mise à disposition des documents visés au premier alinéa. La contribution est exigible au moment du paiement par l'annonceur aux régies ou au moment de la première mise à disposition des documents visés. La contribution est déclarée, liquidée, recouvrée et contrôlée selon les procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à cette même

taxe. Il est opéré un prélèvement de 1,5 % effectué par l'Etat sur le montant de cette contribution pour frais d'assiette et de recouvrement.

Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de consultation des annonceurs sur les actions de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et après consultation du Bureau de vérification de la publicité.

Les dispositions du présent article entrent en vigueur à la date de publication du décret mentionné au précédent alinéa, et au plus tard le 1er janvier 2006.

Nota : la loi 2004-806 art. 29 insère l'art. L2133-1 dans le titre 2. La numérotation des articles du code de la santé publique n'autorise cette insertion que dans le titre 3.

Troisième partie - Lutte contre les maladies et dépendances

Livre Ier - Lutte contre les maladies transmissibles

Titre Ier – Lutte contre les épidémies et certaines maladies transmissibles

Chapitre Ier – Vaccinations

- Article L. 3111-4 [modifié par les articles 62 et 63 (ex 40 bis et 40 ter)]

Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ~~ou de soins~~, **de soins ou hébergeant des personnes âgées**, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos ~~et la poliomyélite~~ , **la poliomyélite et la grippe**.

Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale doivent être immunisées contre la fièvre typhoïde.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et du travail, pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, détermine les catégories d'établissements et organismes concernés.

Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé dont la liste est déterminée par arrêté du ministre chargé de la santé, qui est soumis à l'obligation d'effectuer une part de ses études dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, doit être immunisé contre les maladies mentionnées à l'alinéa premier du présent article.

Les établissements ou organismes employeurs ou, pour les élèves et étudiants, les établissements ayant reçu leur inscription, prennent à leur charge les dépenses entraînées par ces vaccinations.

Les conditions de l'immunisation prévue au présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et compte tenu, en particulier, des contre-indications médicales.

Titre II – Infection par le virus de l’immunodéficience humaine et infections sexuellement transmissibles

Chapitre Ier – Dispositions générales

- Article L. 3121-5 [modifié par l'article 50-I (ex 33-I)]

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 12 Journal Officiel du 11 août 2004)
(Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 art. 71 Journal Officiel du 17 août 2004)

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue relèvent du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et concourent, avec les autres dispositifs, à la politique de réduction des risques. Leurs missions sont définies par décret en Conseil d'Etat.

~~— Les dépenses afférentes aux missions des centres visés par le présent article sont prises en charge par l'Etat, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales.~~

Les dépenses afférentes aux missions des centres mentionnés par le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales. Pour le financement de ces dépenses, il n'est pas fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

Les actions de réduction des risques sont conduites selon les orientations définies par un document national de référence approuvé par décret.

Les personnes accueillies dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue bénéficient d'une prise en charge anonyme et gratuite.

Quatrième partie - Professions de santé

Livre Ier - Professions médicales

Titre V – Profession de sage-femme

Chapitre Ier – Conditions d'exercice

- Article L. 4151-4 [modifié par l'article 37 IV (ex 27,IV)]

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 104 II Journal Officiel du 11 août 2004)

Les sages-femmes peuvent prescrire **les dispositifs médicaux, dont la liste est fixé par l'autorité administrative**, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Titre III – Organisation de la profession de pharmacien

Chapitre Ier – Missions et composition de l'ordre national et du conseil national

- Article L. 4231-1 [modifié par l'article 48-III (ex 32-VII)]
(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 47 Journal Officiel du 5 mars 2002)

L'ordre national des pharmaciens a pour objet :

- 1° D'assurer le respect des devoirs professionnels ;
- 2° D'assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession ;
- 3° De veiller à la compétence des pharmaciens.
- 4° **De contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins, notamment la sécurité des actes professionnels.**

L'ordre national des pharmaciens groupe les pharmaciens exerçant leur art en France.

- Article L. 4231-2 [modifié par l'article 48-IV (ex 32-VIII)]

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est le défenseur de la légalité et de la moralité professionnelle.

Il coordonne l'action des conseils centraux des sections de l'ordre et joue un rôle d'arbitrage entre les différentes branches de la profession.

Il se réunit au moins quatre fois par an.

Il délibère sur les affaires soumises à son examen par le ministre chargé de la santé et par les conseils centraux.

Il accueille toutes les communications et suggestions des conseils centraux et leur donne les suites qui concilient au mieux les intérêts normaux de la profession et les intérêts supérieurs de la santé publique.

Il est qualifié pour représenter, dans son domaine d'activité, la pharmacie auprès des autorités publiques et auprès des organismes d'assistance.

Il peut s'occuper sur le plan national de toutes les questions d'entraide et de solidarité professionnelle et notamment des sinistres et des retraites.

Il peut, devant toutes les juridictions, exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession pharmaceutique.

Afin de favoriser la qualité des soins et de la dispensation des médicaments, produits et objets définis à l'article L. 4211-1, il contribue au développement des moyens destinés à faciliter la mise en oeuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de l'exercice de la profession de pharmacien et des articles L. 161-36-1 à L. 161-36-4 du même code.

Sixième partie - Etablissements et services de santé

Livre Ier – Etablissements de santé

Titre Ier – Organisation des activités des établissements de santé

Chapitre III – Évaluation, accréditation et analyse de l'activité des établissements

- Article L. 6113-8 [modifié par l'article 43-IX (ex 30-IX)]

Les établissements de santé publics et privés transmettent aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6115-2, ainsi qu'à l'Etat et aux organismes d'assurance maladie, les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, à la détermination de leurs ressources ~~et à l'évaluation de la qualité des soins~~ , **à l'évaluation de la qualité des soins ainsi qu'au contrôle de leur activité et de leur facturation.**

Les destinataires des informations mentionnées à l'alinéa précédent mettent en oeuvre, sous le contrôle de l'Etat au plan national et des agences au plan régional, un système commun d'informations respectant l'anonymat des patients, ou, à défaut, ne comportant ni leur nom, ni leur prénom, ni leur numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques, et dont les conditions d'élaboration et d'accessibilité aux tiers, notamment aux établissements de santé publics et privés, sont définies par voie réglementaire.

- Article L. 6113-10 [modifié par l'article 44 (ex 30bis)]

~~Un groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier est chargé de concourir, dans le cadre général de la construction du système d'information de santé, à la mise en cohérence, à l'interopérabilité, à l'ouverture et à la sécurité des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé qui en sont membres. Sous réserve des dispositions du présent article, il est soumis aux dispositions de l'article 21 de la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France. La convention constitutive du groupement est approuvée par un arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales.~~

~~—Ce groupement est constitué pour une durée qui ne peut excéder sept ans, sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre des établissements publics de santé volontaires. Les établissements de santé privés peuvent y adhérer.~~

~~—Les organisations représentatives des établissements membres du groupement figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé désignent les représentants des membres à l'assemblée générale et au conseil d'administration. Les représentants désignés par l'organisation représentative des établissements publics de santé disposent de la majorité des voix au sein de chacune de ces instances.~~

~~—Le financement du groupement est notamment assuré par un fonds constitué des disponibilités portées, ou qui viendraient à y être portées, au compte ouvert dans les écritures de la Caisse des dépôts et consignations dans le cadre des procédures de liquidation de la gestion du conseil de l'informatique hospitalière et de santé, du fonds mutualisé et du fonds d'aide à la réalisation de logiciels. L'assemblée générale décide les prélèvements effectués sur ce fonds. Ils contribuent à la couverture des charges du groupement. Ces prélèvements ne donnent lieu à la perception d'aucune taxe, de droit de timbre ou d'enregistrement.~~

~~—Ce groupement est soumis au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions prévues à l'article L. 133-2 du code des juridictions financières et au contrôle de l'inspection générale des affaires~~

sociales. Lors de la dissolution du groupement, ses biens reçoivent une affectation conforme à son objet.

Un groupement pour la modernisation du système d'information est chargé de concourir, dans le cadre général de la construction du système d'information de santé, à la mise en cohérence, à l'interopérabilité, à l'ouverture et à la sécurité des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé, ainsi qu'à l'échange d'informations dans les réseaux de soins entre la médecine de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social afin d'améliorer la coordination des soins. Sous réserve des dispositions du présent article, il est soumis aux dispositions des articles L. 341-1 à L. 341-4 du code de la recherche. La convention constitutive du groupement est approuvée par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Ce groupement est constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre les établissements de santé publics et privés.

Les organisations représentatives des établissements membres du groupement figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé désignent les représentants des membres à l'assemblée générale et au conseil d'administration.

Le financement du groupement est notamment assuré par un fonds constitué des disponibilités portées, ou qui viendraient à être portées, au compte ouvert dans les écritures de la Caisse des dépôts et consignations dans le cadre des procédures de liquidation de la gestion du conseil de l'informatique hospitalière et de santé, du fonds mutualisé et du fonds d'aide à la réalisation de logiciels. L'assemblée générale décide les prélèvements effectués sur ce fonds qui contribuent à la couverture des charges du groupement. Les prélèvements ne donnent lieu à la perception d'aucune taxe, d'aucun droit de timbre ou d'enregistrement.

Le financement du groupement peut être également assuré par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Ce groupement est soumis au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions prévues à l'article L. 133-2 du code des juridictions financières et au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales. Lors de la dissolution du groupement, ses biens reçoivent une affectation conforme à son objet.

Chapitre IV – Contrats pluriannuels conclus par les agences régionales de l'hospitalisation

- Article L. 6114-2 [modifié par l'article 43-II (ex 30-II)]

(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 1 VI Journal Officiel du 18 janvier 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 38 1°, art. 84 II Journal Officiel du 5 mars 2002 en vigueur le 5 septembre 2002)

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 7 I Journal Officiel du 6 septembre 2003)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 30 I 2° Journal Officiel du 19 décembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2005)

(Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 art. 11 Journal Officiel du 23 avril 2005)

Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les orientations stratégiques des établissements, groupements de coopération sanitaire et titulaires d'autorisations sur la base des schémas d'organisation sanitaire.

Ils identifient les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définissent, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs.

Ils précisent la ou les missions d'intérêt général mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale auxquelles l'établissement concerné participe et ses engagements relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, ainsi que ses autres engagements donnant lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 du même code.

Ils décrivent les transformations qu'ils s'engagent à opérer dans leurs activités et dans leurs actions de coopération.

Ils fixent, le cas échéant par avenant, les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en oeuvre, au plus tard trois mois après la délivrance de cette autorisation. A défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de l'hospitalisation inscrit ces objectifs quantifiés **ainsi que les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs** dans l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 .

Lors du renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L.6114-1, les objectifs quantifiés mentionnés à l'alinéa précédent sont révisés.

Lors du renouvellement de l'autorisation prévu à l'article L.6122-10, ou lorsque l'autorisation a fait l'objet de la révision prévue à l'article L.6121-2 ou à l'article L.6122-12, les objectifs quantifiés fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, relatifs à l'activité de soins ou l'équipement matériel lourd faisant l'objet de l'autorisation, sont révisés dans les trois mois suivant le renouvellement ou la décision de révision de l'autorisation .

Nota : Ordonnance 2004-688 2004-07-12 art. 9 II : pour son application à Mayotte l'article L6114-2, dans sa rédaction antérieure à l'ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003, est ainsi modifié : les attributions dévolues au conseil régional de santé sont exercées par le comité de l'organisation sanitaire de Mayotte.

Titre II – Equipement sanitaire

Chapitre I –Schéma d'organisation sanitaire

- Article L. 6121-9 [modifié par l'article 60-II (ex 32-Ibis)]

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 38 6°, 7°, 8° Journal Officiel du 5 mars 2002 en vigueur le 5 septembre 2002)

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 5 VII Journal Officiel du 6 septembre 2003)

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 5 I, VIII Journal Officiel du 6 septembre 2003)

Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse un comité régional de l'organisation sanitaire a pour mission de contribuer à la définition et à la mise en oeuvre de la politique régionale d'organisation de l'offre de soins.

L'agence régionale de l'hospitalisation consulte le comité régional de l'organisation sanitaire sur :

- 1° Les projets de schéma régional ou interrégional d'organisation sanitaire ;
- 2° Les projets de délibération mentionnés au 1° de l'article L. 6115-4, ainsi que sur les projets d'autorisation des structures médicales mentionnées à l'article L. 6146-10.

Le comité rend un avis sur la définition des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins, prévues au II de l'article ~~25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999~~ **L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale** et au 3° du II de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Il peut émettre des avis sur toute question relative à l'organisation sanitaire dans la région.

Il est informé des renouvellements d'autorisations d'activités et équipements lourds résultant de décisions tacites.

Il reçoit une information au moins une fois par an sur les contrats d'objectifs et de moyens signés entre les titulaires d'autorisation d'activités de soins et d'équipements lourds et l'agence régionale de l'hospitalisation pour la mise en oeuvre du schéma régional d'organisation sanitaire.

L'avis du comité régional concernant l'organisation des soins peut être recueilli par les tribunaux de commerce lors de procédures relatives à la cession d'autorisations d'établissements de santé privés.

Le comité régional de l'organisation sanitaire et le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale peuvent délibérer en formation conjointe lorsqu'un dossier le rend nécessaire et selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Chapitre II -Autorisations

- Article L. 6122-8 [modifié par l'article 43-III (ex 30-III)]

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 8 VII Journal Officiel du 6 septembre 2003)

L'autorisation est donnée pour une durée déterminée, fixée par voie réglementaire. Sans préjudice des dispositions prévues à l'article L. 6121-2, cette durée ne peut être inférieure à cinq ans, sauf pour les activités de soins nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique.

L'autorisation fixe les objectifs quantifiés des activités de soins ou des équipements lourds autorisés lorsqu'ils n'ont pas été fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conformément aux dispositions des articles L. 6114-1 et suivants. **Dans ce cas, l'autorisation prévoit les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs.**

Dans le cadre d'une opération de coopération, conversion, cession, changement de lieu d'implantation, fermeture, regroupement prévue par le schéma d'organisation sanitaire et pour assurer la continuité des soins, l'agence régionale de l'hospitalisation peut modifier la durée de validité d'une autorisation restant à courir ou fixer pour la nouvelle autorisation une durée de validité inférieure à celle prévue par voie réglementaire, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire.

Titre IV – Établissements publics de santé

Chapitre III : Conseil d'administration, directeur et conseil exécutif

- Article L. 6143-3 [pour info]

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 29 1 b Journal Officiel du 19 décembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2005)

(Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 art. 1 IV Journal Officiel du 3 mai 2005)

(Ordonnance n° 2005-1112 du 1 septembre 2005 art. 1 VII Journal Officiel du 6 septembre 2005)

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander au conseil d'administration de présenter un plan de redressement lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige.

A défaut d'adoption par le conseil d'administration d'un plan de redressement adapté à la situation et si la dégradation financière répond à des critères définis par décret, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation saisit la chambre régionale des comptes. Dans le délai de deux mois suivant sa saisine, celle-ci évalue la situation financière de l'établissement et propose, le cas échéant, des mesures de redressement. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut alors mettre en demeure l'établissement de prendre les mesures de redressement appropriées.

- Article L. 6143-3-1 [pour info]

(Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 art. 1 V Journal Officiel du 3 mai 2005)

(Ordonnance n° 2005-1112 du 1 septembre 2005 art. 1 VIII Journal Officiel du 6 septembre 2005)

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut, par décision motivée et pour une durée n'excédant pas douze mois, placer l'établissement sous l'administration provisoire de conseillers généraux des établissements de santé désignés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-2 lorsque la mise en demeure prévue à l'article L. 6143-3 est restée sans effet pendant plus de deux mois ou lorsque le plan de redressement adopté n'a pas permis de redresser la situation financière de l'établissement. Il peut également prendre une telle mesure lorsque, après mise en demeure demeurée sans effet depuis plus de deux mois, le conseil d'administration s'abstient de délibérer sur les matières prévues aux 1°, 2° et 6° de l'article L. 6143-1.

Pendant la période d'administration provisoire, les attributions du conseil d'administration et du directeur, ou les attributions de ce conseil ou du directeur, sont assurées par les administrateurs provisoires. Le cas échéant, un des administrateurs provisoires, nommé désigné, exerce les attributions du directeur. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut en outre décider la suspension du conseil exécutif. Les administrateurs provisoires tiennent le conseil d'administration régulièrement informé des mesures qu'ils prennent.

Deux mois au moins avant la fin de leur mandat, les administrateurs provisoires remettent un rapport de gestion au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Au vu de ce rapport, ce dernier peut décider de mettre en oeuvre les mesures prévues à l'article L. 6122-15. Il peut également proroger l'administration provisoire pour une durée maximum de douze mois. A défaut de décision en ce sens avant la fin du mandat des administrateurs, l'administration provisoire cesse de plein droit.

- Article L. 6143-3-2 *[créé par l'article 43 X (ex 30 X)]*

Le directeur de la caisse régionale d'assurance maladie peut demander au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'engager les procédures prévues par les dispositions des articles L. 6143-3, L. 6143-3-1 et L. 6161-3-1

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation doit, en cas de refus, présenter un avis motivé à la commission exécutive de l'agence.

Livre 1 – Le contrat

Titre 1 – Règles communes aux assurances de dommages non maritime et aux assurances de personne

Chapitre 2 – Conclusion et preuve du contrat d'assurance – Forme et transmission des polices

- Article L. 112-3 [modifié par l'article 54-VIII (ex 36bis VII)]

Article L112-3

(Loi n° 89-1014 du 31 décembre 1989 art. 9 Journal Officiel du 3 janvier 1990 en vigueur le 1er mai 1990)
(Ordonnance n° 2001-350 du 19 avril 2001 art. 6 XXXI Journal Officiel du 22 avril 2001)

Le contrat d'assurance et les informations transmises par l'assureur au souscripteur mentionnées dans le présent code sont rédigés par écrit, en français, en caractère apparents.

Par dérogation aux dispositions du précédent alinéa concernant l'emploi de la langue française, lorsque, en vertu des articles L. 181-1 et L. 183-1, les parties au contrat ont la possibilité d'appliquer une autre loi que la loi française, les documents mentionnés au premier alinéa du présent article peuvent être rédigés dans une autre langue que le français. Le choix d'une autre langue que le français est effectué d'un commun accord entre les parties et, sauf lorsque le contrat couvre les grands risques définis à l'article L. 111-6, à la demande écrite du seul souscripteur.

Lorsque les parties au contrat n'ont pas la possibilité d'appliquer une autre loi que la loi française, ces documents peuvent toutefois, d'un commun accord entre les parties et à la demande écrite du seul souscripteur, être rédigés dans la langue ou dans l'une des langues officielles de l'Etat dont il est ressortissant.

Lorsque, avant la conclusion du contrat, l'assureur a posé des questions par écrit à l'assuré, notamment par un formulaire de déclaration du risque ou par tout autre moyen, il ne peut se prévaloir du fait qu'une question exprimée en termes généraux n'a reçu qu'une réponse imprécise.

Toute addition ou modification au contrat d'assurance primitif doit être constatée par un avenant signé des parties. **Par dérogation, la modification proposée par l'assureur d'un contrat complémentaire santé individuel ou collectif visant à le mettre en conformité avec les règles fixées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est réputée acceptée à défaut d'opposition du souscripteur. L'assureur informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Ce dernier dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des adhérents ou affiliés par le souscripteur.**

Les présentes dispositions ne font pas obstacle à ce que, même avant la délivrance de la police ou de l'avenant, l'assureur et l'assuré ne soient engagés l'un à l'égard de l'autre par la remise d'une note de couverture.

CODE DE COMMERCE

Livre Ier - Du commerce en général

Titre II – Des commerçants

Chapitre III – Des obligations générales des commerçants

Section 1 – Du registre du commerce et des sociétés

Sous-section 3 – Domiciliation des personnes immatriculées

Paragraphe 2 - Dispositions applicables aux personnes morales

- Article L. 123-11 [modifié par l'article 25- V (ex 17-V)]

(inséré par Loi n° 2003-721 du 1 août 2003 art. 6 I 2° Journal Officiel du 5 août 2003)

Toute personne morale demandant son immatriculation au registre du commerce et des sociétés doit justifier de la jouissance du ou des locaux où elle installe, seule ou avec d'autres, le siège de l'entreprise, ou, lorsque celui-ci est situé à l'étranger, l'agence, la succursale ou la représentation établie sur le territoire français.

La domiciliation d'une entreprise dans des locaux occupés en commun par plusieurs entreprises est autorisée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret précise, en outre, les équipements ou services requis pour justifier la réalité du siège de l'entreprise domiciliée.

L'activité de domiciliataire ne peut être exercée dans un local à usage d'habitation principale ou à usage mixte professionnel.

Sont qualifiés pour procéder, dans le cadre de leurs compétences respectives, à la recherche et à la constatation des infractions aux dispositions des articles de la présente sous-section et des règlements pris pour leur application :

1° Les agents mentionnés à l'article L.243-7 du code de la sécurité sociale ;

2° Les inspecteurs du travail et les contrôleurs du travail et fonctionnaires de contrôle assimilés au sens de l'article L.611-10 du code du travail ;

3° Les agents de caisse de la mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L.724-7 du code rural .

A cet effet, ils agissent, chacun pour ce qui le concerne, conformément aux règles de recherche et de consultation des infractions déterminées par les dispositions du code de la sécurité sociale, du code du travail et du code rural qui leur sont applicables.

Les infractions sont constatées par des procès verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire et transmis directement au parquet.

Nota : Loi n° 2003-721 du 1er août 2003 art. 6 II : Ces dispositions sont applicables aux entreprises immatriculées au registre du commerce et des sociétés ou au répertoire des métiers à la date de la promulgation de la loi n° 2003-721 du 1er août 2003.

CODE DE LA CONSTRUCTION ET DE L'HABITATION

Livre 3 – Aides diverses à la construction d'habitations et à l'amélioration

Titre V – Aides personnalisée au logement

Chapitre 1 – Dispositions générales

- Article L. 351-7 [modifié par l'article 23-III (ex 15ter- III)]
(Ordonnance n° 2005-655 du 8 juin 2005 art. 10 Journal Officiel du 9 juin 2005)

Les recettes du Fonds national d'aide au logement sont constituées notamment par :

- a) Des dotations de l'Etat ;
- b) Le produit des prélèvements mis à la charge des employeurs en application des 1° et 2° de l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale ;
- c) Des contributions des régimes de prestations familiales.
- d) Une fraction de 1,48 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ; cette fraction est perçue par l'agence centrale des organisme de sécurité sociale et affectée au fonds d'aide nationale au logement.**

La contribution annuelle de chaque régime de prestations familiales est égale au montant des prestations qui auraient été versées par eux au titre de l'allocation de logement familiale et de la prime de déménagement. Cette contribution peut être calculée au moyen de formules forfaitaires selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

L'Etat assure l'équilibre des recettes et des dépenses du fonds national d'aide au logement.

NOTA : art. 23 III : les dispositions du présent article s'appliquent aux sommes à percevoir à compter du 1^{er} janvier 2006

- Article L. 351-13 [modifié par l'article 92-VI (ex 57-VI)]
(Loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992 art. 322 Journal Officiel du 23 décembre 1992 en vigueur le 1er mars 1994)
(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, faire obtenir, ou tenter d'obtenir ou de faire obtenir l'aide personnalisée au logement est puni ~~d'une amende de 4 500 euros pouvant être portée au double en cas de récidive~~ **de l'amende prévue au L. 114-13 du code de la sécurité sociale**. Le tribunal ordonne, en outre, le remboursement des sommes indûment versées.

S'il s'agit d'un administrateur de biens, les peines applicables sont un emprisonnement de six mois et une amende de 18 000 euros ou l'un de ces deux peines seulement. En cas de récidive, ces peines peuvent être portées au double.

Le tribunal peut, en outre, dans les cas prévus aux deux alinéas qui précèdent, prononcer, pour une durée n'excédant pas deux ans, l'interdiction de passer les conventions prévues au chapitre III.

Livre 1^{er} - Assiette et liquidation de l'impôt

Première Partie - Impôts d'État

Titre premier - Impôts directs et taxes assimilées

Chapitre premier - Impôt sur le revenu

Section II - Revenus imposables

Ire Sous-section - Détermination des bénéficiaires ou revenus nets des diverses catégories de revenus

- Article 80 duodecies [modifié par l'article 13 (ex 12)]

(Loi n° 99-1172 du 30 décembre 1999 art. 3 I finances pour 2000 Journal Officiel du 31 décembre 1999)

(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 93 Journal Officiel du 18 janvier 2002)

1. ~~Sous réserve de l'exonération prévue au 22° de l'article 81, constitue une rémunération imposable toute indemnité versée à l'occasion de la rupture du contrat de travail, à l'exception des indemnités de licenciement ou de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi au sens des articles L. 321-4 et L. 321-4-1 du code du travail, des indemnités mentionnées à l'article L. 122-14-4 du même code ainsi que de la fraction des indemnités de licenciement ou de mise à la retraite qui n'excède pas le montant prévu par la convention collective de branche, par l'accord professionnel et interprofessionnel ou, à défaut, par la loi.~~

~~La fraction des indemnités de licenciement ou de mise à la retraite exonérée en application du premier alinéa ne peut être inférieure ni à 50 % de leur montant ni à deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, dans la limite de la moitié ou, pour les indemnités de mise à la retraite, du quart (1) de la première tranche du tarif de l'impôt de solidarité sur la fortune fixé à l'article 885 U-1.~~

Toute indemnité versée à l'occasion de la rupture du contrat de travail constitue une rémunération imposable, sous réserve de l'exonération prévue au 22° de l'article 81 et des dispositions suivantes.

Ne constituent pas une rémunération imposable :

- 1° Les indemnités mentionnées à l'article L. 122-14-4 du code du travail ;
- 2° Les indemnités de licenciement ou de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi au sens des articles L. 321-4 et L. 321-4-1 du même code ;
- 3° La fraction des indemnités de licenciement versées en dehors du cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi au sens des articles L. 321-4 et L. 321-4-1 du même code, qui n'excède pas :
 - a) Soit deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, ou 50 % du montant de l'indemnité si ce seuil est supérieur, dans la limite de six fois le plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités ;
 - b) Soit le montant de l'indemnité de licenciement prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou interprofessionnel ou, à défaut, par la

loi, si ce montant est supérieur à six fois le plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités ;

4° La fraction des indemnités de mise à la retraite qui n'excède pas :

- a) Soit deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, ou 50 % du montant de l'indemnité si ce seuil est supérieur, dans la limite de cinq fois le plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités ;**
- b) Soit le montant de l'indemnité de licenciement prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou interprofessionnel ou, à défaut, par la loi, si ce montant est supérieur à cinq fois le plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités.**

2. Constitue également une rémunération imposable toute indemnité versée, à l'occasion de la cessation de leurs fonctions, aux mandataires sociaux, dirigeants et personnes visés à l'article 80 ter. Toutefois, en cas de cessation forcée des fonctions, notamment de révocation, seule la fraction des indemnités qui excède les montants définis ~~au deuxième alinéa du 1~~ **aux 3° et 4° du 1** est imposable.

[NOTA : III du 13 : les dispositions du présent article sont applicables aux indemnités perçues à l'occasion d'une rupture de contrat de travail notifiée à compter du 1^{er} janvier 2006]

Titre III - Contributions indirectes et taxes diverses

Chapitre IV- Tabacs

Section I-Tabacs

I : Régime économique

- Article 565 [pour info]

(Loi n° 76-448 du 24 mai 1976 art. 9 Journal Officiel du 25 mai 1976)
(Décret n° 76-1314 du 31 décembre 1976 art. 1 Journal Officiel du 5 janvier 1977)
(Loi n° 78-1239 du 29 décembre 1978 art. 25 II finances pour 1979 Journal Officiel du 30 décembre 1978)
(Loi n° 92-677 du 17 juillet 1992 art. 89 Journal Officiel du 19 juillet 1992 art. 121 : en vigueur le 1er janvier 1993)
(Loi n° 94-679 du 8 août 1994 art. 51 I II III Journal Officiel du 10 août 1994)
(Loi n° 93-923 du 19 juillet 1993 art. 17 III, IV, V Journal Officiel du 21 juillet 1993)
(Décret n° 95-6 du 4 janvier 1995 art. 1 Journal Officiel du 5 janvier 1995)
(Loi n° 96-314 du 12 avril 1996 art. 81 I Journal Officiel du 13 avril 1996)
(Loi n° 99-1173 du 30 décembre 1999 art. 18 finances rectificative pour 1999 Journal Officiel du 31 décembre 1999 en vigueur le 1er juillet 1999)

1. L'importation, l'introduction et la commercialisation en gros en France métropolitaine des tabacs manufacturés peuvent être effectuées par toute personne physique ou morale qui s'établit en qualité de fournisseur en vue d'exercer cette activité dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat (1).

2. Sur ce même territoire, la fabrication des tabacs manufacturés peut être effectuée par toute personne physique ou morale qui s'établit en qualité de fabricant en vue d'exercer cette activité dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat (2). Les dispositions des articles 570 et 571 lui sont applicables en tant que fournisseur. La vente au détail des tabacs manufacturés est réservée à l'Etat.

3. Les personnes physiques ou morales qui approvisionnent les titulaires du statut d'acheteur-revendeur prévu au troisième alinéa de l'article 568 ne sont pas tenues de s'établir en qualité de fournisseur pour introduire, commercialiser en gros et, le cas échéant, importer des tabacs manufacturés. Ces personnes physiques ou morales doivent prendre la qualité d'entrepositaire agréé mentionnée à l'article 302 G (3).

(1) Voir les articles 276, 277 et 279 de l'annexe II.

- (2) Voir les articles 276 à 279 de l'annexe II.
(3) Dispositions applicables à compter du 1er juillet 1999.

- Article 568 [*pour info*]

(Loi n° 82-1126 du 29 décembre 1982 art. 18 III 1 finances pour 1983 Journal Officiel du 30 décembre 1982 date d'entrée en vigueur 1 JANVIER 1983)
(Décision n° du Conseil Constitutionnel 92-172L du 29 décembre 1992)
(Décret n° 92-1431 du 30 décembre 1993 art. 1 à 6 Journal Officiel du 31 décembre 1992)
(Décret n° 93-309 du 9 mars 1993 art. 9 1° et 22 Journal Officiel du 11 mars 1993 en vigueur le 1er janvier 1993)
(Loi n° 99-1173 du 30 décembre 1999 art. 18 finances rectificative pour 1999 Journal Officiel du 31 décembre 1999 en vigueur le 1er juillet 1999)
(Loi n° 2002-1576 du 30 décembre 2002 art. 38 I a finances rectificative pour 2002 Journal Officiel du 31 décembre 2002 en vigueur le 1er janvier 2003)

Le monopole de vente au détail est confié à l'administration qui l'exerce, dans des conditions et selon des modalités fixées par décret, par l'intermédiaire de débitants désignés comme ses préposés et tenus à redevance, des titulaires du statut d'acheteur-revendeur mentionné au troisième alinéa, ou par l'intermédiaire de revendeurs qui sont tenus de s'approvisionner en tabacs manufacturés exclusivement auprès des débitants désignés ci-dessus.

Ces redevances sont recouvrées selon les règles, conditions et garanties prévues en matière domaniale.

Les acheteurs-revendeurs de tabacs manufacturés sont les personnes physiques ou morales agréées par la direction générale des douanes et droits indirects, qui exploitent des comptoirs de vente ou des boutiques à bord de moyens de transport mentionnés au 1° de l'article 302 F ter et vendent des tabacs manufacturés aux seuls voyageurs titulaires d'un titre de transport mentionnant comme destination un autre Etat membre de la Communauté européenne ou un pays non compris dans le territoire communautaire, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

III - Circulation, détention et commerce des tabacs

- Article 575 G [*modifié par l'article 20 (ex14 bis)*]

(Loi n° 99-1173 du 30 décembre 1999 art. 18 III 3 finances rectificative pour 1999 Journal Officiel du 31 décembre 1999)

Les tabacs manufacturés ne peuvent circuler après leur vente au détail, par quantité supérieure à ~~2 kilogrammes~~ **1 kilogramme**, sans un document mentionné au II de l'article 302 M.

- Article 575 H [*modifié par l'article 20 (ex14 bis)*]

(Loi n° 99-1173 du 30 décembre 1999 art. 18 finances rectificative pour 1999 Journal Officiel du 31 décembre 1999 en vigueur le 1er juillet 1999)
(Loi n° 2002-1576 du 30 décembre 2002 art. 38 I d finances rectificative pour 2002 Journal Officiel du 31 décembre 2002 en vigueur le 1er janvier 2003)

A l'exception des fournisseurs dans les entrepôts, des débitants dans les points de vente, des personnes désignées au 3 de l'article 565, des acheteurs-revendeurs mentionnés au troisième alinéa de l'article 568 ou, dans des quantités fixées par arrêté du ministre chargé du budget, des revendeurs mentionnés au premier alinéa dudit article, nul ne peut détenir dans des entrepôts, des locaux commerciaux ou à bord des moyens de transports plus de à ~~10 kilogrammes~~ **2 kilogrammes** de tabacs manufacturés.

Deuxième Partie – Impositions perçues au profit des collectivités locales et de divers organismes

Titre III – Impositions perçues au profit de certains établissements publics et d'organismes divers

Chapitre premier - Impôts directs et taxes assimilées

Section I - Contributions et prélèvements perçus au profit d'organismes divers concourant au financement de la protection sociale et au remboursement de la dette sociale

IV - Contributions pour le remboursement de la dette sociale perçues au profit de la caisse d'amortissement de la dette sociale

- Article 1600-0 J [modifié par l'article 10, II]

(Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 art. 15 I II III, 16 I II III IV, 17 I II, 19, 20 Journal Officiel du 25 janvier 1996)
(Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 art. 31 6° Journal Officiel du 23 décembre 1997)
(Loi n° 99-1172 du 30 décembre 1999 art. 94 IV et VII finances pour 2000 Journal Officiel du 31 décembre 1999)
(Loi n° 99-1173 du 30 décembre 1999 art. 12 I et II finances rectificative pour 1999 Journal Officiel du 31 décembre 1999)
(Loi n° 2000-1352 du 30 décembre 2000 art. 8 III V finances pour 2001 Journal Officiel du 31 décembre 2000)
(Loi n° 2001-152 du 19 février 2001 art. 3 II Journal Officiel du 20 février 2001)
(Loi n° 99-1173 du 30 décembre 1999 art. 12 III finances rectificative pour 1999 Journal Officiel du 31 décembre 1999)
(Loi n° 2001-1275 du 28 décembre 2001 art. 79 III finances pour 2002 Journal Officiel du 29 décembre 2001)
(Loi n° 2003-721 du 1 août 2003 art. 31 III Journal Officiel du 5 août 2003)
(Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 art. 91 finances pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2003)
(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 76 II 8° Journal Officiel du 17 août 2004)

I. Sont également assujettis à la contribution mentionnée à l'article 1600-0 I selon les modalités prévues à cet article, pour la partie acquise à compter du 1^{er} février 1996 et, le cas échéant, constatée à compter du 1^{er} février 1996 en ce qui concerne les placements visés du 3 au 9 :

1. Les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne logement visés à l'article L. 315-1 du code de la construction et de l'habitation, **à l'exception des plans d'épargne-logement**, respectivement lors de leur inscription en compte et de leur versement ;
2. ~~Les intérêts et primes d'épargne des plans d'épargne logement visés à l'article R. 315-24 du code de la construction et de l'habitation lors du dénouement du contrat ;~~

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

- a) **Au 1^{er} janvier 2006, pour les plans de plus de dix ans à cette date et pour ceux ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont le terme est échu avant le 1^{er} janvier 2006 ;**
- b) **A la date du dixième anniversaire du plan ou, pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992, à leur date d'échéance ;**
- c) **Lors du dénouement du plan, s'il intervient antérieurement au dixième anniversaire ou antérieurement à leur date d'échéance pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 ;**
- d) **Lors de leur inscription en compte, pour les intérêts courus à compter du 1^{er} janvier 2006 sur des plans de plus de dix ans ou sur des plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont le terme est échu ;**

2 bis. Les primes d'épargne des plans d'épargne-logement lors de leur versement ;

A noter : art. 10-III : les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2006

Titre II - Le contrôle de l'impôt

Chapitre II - Le droit de communication

Section II - Renseignements communiqués à l'administration sans demande préalable de sa part

- Article L. 99 [modifié par l'article 92-VIII (ex 57, VIII)]

(Décret n° 81-859 du 15 septembre 1981 Journal Officiel du 18 septembre 1981 date d'entrée en vigueur 1er JANVIER 1982)

(Décret n° 93-1095 du 16 septembre 1993 art. 1 Journal Officiel du 18 septembre 1993)

(Loi n° 98-1266 du 30 décembre 1998 art. 106 finances pour 1999 Journal Officiel du 31 décembre 1998)

Les organismes ou caisses de sécurité sociale ainsi que les caisses de mutualité sociale agricole communiquent à l'administration des impôts les faits susceptibles de constituer des infractions qu'ils relèvent en ce qui concerne l'application des lois et règlements relatifs, d'une part, aux impôts et taxes en vigueur et, d'autre part, aux cotisations et contributions sociales.

~~L'administration des impôts communique aux organismes et caisses de sécurité sociale ainsi qu'aux caisses de mutualité sociale agricole les faits susceptibles de constituer des infractions qu'elle relève en ce qui concerne l'application des lois et règlements relatifs aux cotisations et contributions sociales.~~

Chapitre III - Le secret professionnel en matière fiscale

Section II - Dérogations à la règle du secret professionnel

VI - Dérogations au profit des autorités et des organismes chargés de l'application de la législation sociale

- Article L. 152 [modifié par l'article 92-VII (ex 57-VII)]

(Décret n° 81-859 du 15 septembre 1981 Journal Officiel du 18 septembre 1981 date d'entrée en vigueur 1er JANVIER 1982)

(Loi n° 90-1168 du 29 décembre 1990 art. 31 Journal Officiel du 30 décembre 1990)

(Loi n° 52-401 du 14 avril 1952 art. 15 Journal Officiel du 15 avril 1952)

(Loi n° 60-1356 du 17 décembre 1960 art. 10 Journal Officiel du 18 décembre 1960)

(Loi n° 98-1266 du 30 décembre 1998 art. 107 IV finances pour 1999 Journal Officiel du 31 décembre 1998)

(Décret n° 2002-922 du 6 juin 2002 art. 3 Journal Officiel du 8 juin 2002)

(Loi n° 2002-1575 du 30 décembre 2002 art. 102, art. 136 IV b finances pour 2003 Journal Officiel du 31 décembre 2002)

Les agents des administrations fiscales communiquent aux organismes et services chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, de l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé visée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, à la direction générale de la comptabilité publique et aux institutions mentionnées au chapitre Ier du titre II du livre IX du code de la sécurité sociale les informations nominatives nécessaires :

- 1° à l'appréciation des conditions d'ouverture et de maintien des droits aux prestations ;
- 2° au calcul des prestations ;
- 3° à l'appréciation des conditions d'assujettissement aux cotisations et contributions ;
- 4° à la détermination de l'assiette et du montant des cotisations et contributions ainsi qu'à leur recouvrement.

Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est utilisé pour les demandes, échanges et traitements nécessaires à la communication des informations mentionnées aux 1° à 4°, lorsqu'elles concernent des personnes physiques.

~~—Les agents des administrations fiscales peuvent également signaler aux directeurs régionaux de la sécurité sociale, aux directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales et aux directeurs régionaux et chefs des services départementaux du travail et de la protection sociale agricoles, les infractions qu'ils constatent en ce qui concerne l'application des lois et règlements relatifs au régime général ou au régime agricole de sécurité sociale.~~

Dans le but de contrôler les conditions d'ouverture, de maintien ou d'extinction des droits aux prestations de sécurité sociale de toute nature, ainsi que le paiement des cotisations et contributions, les organismes et services mentionnés au premier alinéa peuvent demander aux administrations fiscales de leur communiquer une liste des personnes qui ont déclaré soit n'avoir plus leur domicile en France, soit n'avoir perçu que des revenus du patrimoine ou de placement.

Les agents des administrations fiscales signalent aux directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales et aux chefs des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles, ainsi qu'aux organismes de protection sociale, les faits susceptibles de constituer des infractions qu'ils relèvent en ce qui concerne l'application des lois et règlements relatifs au régime général, au régime des travailleurs indépendants non agricoles, aux régimes spéciaux ou au régime agricole de sécurité sociale.

CODE DES PENSIONS CIVILES ET MILITAIRES

Livre 1 – Dispositions générales relatives au régime général des retraites

Titre 1 – Généralités

Chapitre 3 – Dispositions communes

- Article L. 9 [modifié par l'article 87-VIII B (ex 53 VI ter)]

(Loi n° 64-1339 du 26 décembre 1964 Journal Officiel du 30 décembre 1964 en vigueur le 1er décembre 1964)

(Loi n° 91-715 du 26 juillet 1991 art. 6 Journal Officiel du 27 juillet 1991)

(Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 44 Journal Officiel du 22 août 2003 en vigueur le 1er janvier 2004)

(Loi n° 2005-270 du 24 mars 2005 art. 102 Journal Officiel du 26 mars 2005 en vigueur le 1er juillet 2005)

Le temps passé dans une position statutaire ne comportant pas l'accomplissement de services effectifs au sens de l'article L. 5 ne peut entrer en compte dans la constitution du droit à pension, sauf :

- 1° Dans la limite de trois ans par enfant légitime, naturel ou adoptif, né ou adopté à partir du 1er janvier 2004, sous réserve que le titulaire de la pension ait bénéficié :
- a) D'un temps partiel de droit pour élever un enfant ;
 - b) D'un congé parental ;
 - c) D'un congé de présence parentale ;
 - d) Ou d'une disponibilité pour élever un enfant de moins de huit ans.

Les modalités de prise en compte de ces périodes d'interruption ou de réduction d'activité prévues par les articles 37 bis, 54 et ~~54 bis~~ **40 bis** de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée, par l'article 47 du décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires de l'Etat et à certaines modalités de cessation définitive de fonctions et par la loi n° 2005-270 du 24 mars 2005 portant statut général des militaires sont précisées par décret en Conseil d'Etat ;

- 2° Dans les cas exceptionnels prévus par une loi ou par un décret en Conseil d'Etat.

En ce qui concerne les fonctionnaires civils, et hormis les positions prévues aux articles 34 et 45 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée, le temps passé dans une position ne comportant pas l'accomplissement de services effectifs n'est compté comme service effectif que dans la limite de cinq ans et sous réserve que les bénéficiaires subissent pendant ce temps, sur leur dernier traitement d'activité, les retenues prescrites par le présent code. Ces dispositions ne sont pas applicables aux cas prévus au 1°.

Livre VII - Dispositions sociales

Titre Ier - Réglementation du travail salarié

Chapitre III - Organismes de protection sociale des professions agricoles

Section 4 - Fonctionnement financier et comptable des caisses de mutualité sociale agricole et autres organismes habilités

- Article L. 723-46 [modifié par l'article 31-II (ex 24-II)]

~~Les assemblées générales des organismes de mutualité sociale agricole et celles des unions mentionnées aux articles L. 723-7 et L. 723-13 désignent un ou plusieurs commissaires aux comptes, agréés par les cours d'appel.~~

~~Les commissaires aux comptes peuvent procéder à toute époque aux contrôles et investigations comptables relevant de leur mission. Ils rendent compte de leur mandat à l'assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de chaque exercice.~~

Les décisions des assemblées générales des caisses départementales ou pluridépartementales de mutualité sociale agricole et de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole ainsi que des associations et groupements d'intérêt économique, mentionnés aux articles L. 717-3 et L. 723-1, sont soumises à l'approbation de l'autorité compétente de l'Etat dans les mêmes conditions que les délibérations des conseils d'administration desdits organismes.

NOTA : Art. 31 III : Les dispositions du II s'appliquent au 1^{er} janvier 2008

Chapitre V – Recouvrement des cotisations et créances

Section 2 – Sanctions et dispositions diverses

- Article L. 725-13 [modifié par l'article 92-VI (ex 57-VI)]

Est puni d'une amende de 30 000 F, le fait :

~~1° Par manoeuvres frauduleuses ou fausse déclaration, d'obtenir ou de tenter d'obtenir des prestations qui ne sont pas dues ;~~

2° Pour tout intermédiaire, d'offrir ou de faire offrir ses services, moyennant émoluments convenus d'avance, à un allocataire ou à un assuré en vue de lui faire obtenir des prestations qui peuvent lui être dues.

Les personnes physiques encourent également la peine complémentaire de diffusion de la décision par voie de presse écrite ou tout moyen de communication audiovisuelle, dans les conditions prévues aux articles 131-10 et 131-35 du code pénal.

Titre III – Protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles

Chapitre II - Prestations

Section 2 – Assurance maladie, invalidité et maternité

- Article L. 732-12 [modifié par l'article 73 IV (ex 44 ter IV)]

Un décret en Conseil d'Etat détermine les mesures d'application des articles L. 732-10 et L. 732-11 et, en particulier, la ou les périodes de remplacement ouvrant droit au bénéfice de l'allocation ainsi que la durée maximale d'attribution de cette allocation. En cas d'adoption, la ou les périodes de remplacement se situent nécessairement après l'arrivée de l'enfant au foyer, la durée maximale d'attribution de l'allocation étant égale à la moitié de celle qui est prévue en cas de maternité. **Quand la naissance de l'enfant a lieu plus de six semaines avant la date présumée de l'accouchement, la durée d'attribution de l'allocation est augmentée du nombre de jours courant entre la naissance de l'enfant et six semaines avant la date présumée de l'accouchement.**

Titre V : Accidents du travail et maladies professionnelles

Chapitre 1^{er} : Assurance obligatoire des salariés des professions agricoles

Section 6 : Formalités, procédure et contentieux

Sous-section 3 : Sanctions

- Article L. 751-40 [modifié par l'article 92-VI (ex 57-VI)]

(Loi n° 2001-1128 du 30 novembre 2001 art. 6 II Journal Officiel du 1er décembre 2001 en vigueur le 1er avril 2002)

Les pénalités prévues aux articles L. 471-2, ~~L. 471-3~~ **L. 114-13** et L. 471-4 du code de la sécurité sociale sont applicables en cas d'agissements identiques ayant lieu dans le cadre de l'application du présent chapitre.

Chapitre 2 : Assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non salariés agricoles

Section 5 : Formalités, procédures et contentieux

- Article L. 752-28 [modifié par l'article 92-VI (ex 57-VI)]

(Loi n° 2001-1128 du 30 novembre 2001 art. 1, art. 6 II Journal Officiel du 1er décembre 2001 en vigueur le 1er avril 2002)

Les pénalités prévues aux articles L. 471-2, à l'exception du 2°, ~~L. 471-3~~ **L. 114-13** et L. 471-4 ainsi que les dispositions de l'article L. 482-4 du code de la sécurité sociale sont applicables à l'assurance prévue au présent chapitre.

CODE DU TRAVAIL

Livre Ier - Conventions relatives au travail

Titre II – Contrat de travail

Chapitre II – Règles propres au contrat de travail

Section 5 - Protection de la maternité et éducation des enfants

- Article L. 122-26 [modifié par l'article 73-II (ex 44 ter II)]

(Loi n° 73-4 du 2 janvier 1973 Journal Officiel du 3 janvier 1973)

(Loi n° 75-625 du 11 juillet 1975 art. 4 Journal Officiel du 13 juillet 1975)

(Loi n° 76-617 du 9 juillet 1976 Journal Officiel du 10 juillet 1976)

M(LOI 78-730 1978-07-12.JORF 13 juillet date d'entrée en vigueur 1ER octobre 1978)

(Loi n° 78-730 du 12 juillet 1978 Journal Officiel du 13 juillet date d'entrée en vigueur 1er octobre 1978)

(Loi n° 78-730 du 12 juillet 1978 (LOI 78-730 1978-07-12.JORF 13 juillet date d'entrée en vigueur 1ER octobre))

(Loi n° 80-545 du 17 juillet 1980 art. 9 (LOI 80-545 1980-07-17.ART. 9.JORF 18 juillet date d'entrée en vigueur 1ER juillet))

(Loi n° 80-545 du 17 juillet 1980 art. 9 Journal Officiel du 18 juillet date d'entrée en vigueur 1er juillet 1980)

(Loi n° 84-2 du 2 janvier 1984 art. 15 Journal Officiel du 3 janvier 1984)

(Loi n° 85-17 du 4 janvier 1985 art. 26 III Journal Officiel du 5 janvier 1985)

(Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 art. 107 Journal Officiel du 26 juillet 1985)

(Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 art. 55 III Journal Officiel du 30 janvier 1993)

(Loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 art. 26 I Journal Officiel du 26 juillet 1994)

(Loi n° 96-604 du 5 juillet 1996 art. 53 Journal Officiel du 6 juillet 1996)

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 55 II Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Ordonnance n° 2004-602 du 24 juin 2004 art. 5 I Journal Officiel du 26 juin 2004)

(Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 10 Journal Officiel du 12 février 2005)

(Loi n° 2005-744 du 4 juillet 2005 art. 6 Journal Officiel du 5 juillet 2005)

La salariée a le droit de suspendre le contrat de travail pendant une période qui commence six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix semaines après la date de celui-ci. Lorsque des naissances multiples sont prévues, cette période commence douze semaines avant la date présumée de l'accouchement, vingt-quatre semaines en cas de naissance de plus de deux enfants et se termine vingt-deux semaines après la date de l'accouchement. En cas de naissance de deux enfants, la période antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de quatre semaines ; la période de vingt-deux semaines postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant. Cette période commence huit semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix-huit semaines après le date de celui-ci lorsque, avant l'accouchement, la salariée elle-même ou le ménage assume déjà la charge de deux enfants au moins dans les conditions prévues aux articles L. 525 à L. 529 du code de la sécurité sociale ou lorsque la salariée a déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables. La période de huit semaines de suspension du contrat de travail antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de deux semaines ; la période de dix-huit semaines de suspension du contrat de travail postérieure à la date de l'accouchement est alors réduite d'autant.

Quand l'accouchement a lieu avant la date présumée, la période de suspension du contrat de travail pourra être prolongée jusqu'au terme des seize, des vingt-six, des trente-quatre ou des quarante-six semaines de suspension du contrat auxquelles la salariée peut avoir droit.

Si un état pathologique attesté par un certificat médical comme résultant de la grossesse ou des couches le rend nécessaire, la période de suspension du contrat prévue aux alinéas précédents est augmentée de la durée de cet état pathologique dans la limite de deux semaines avant la date présumée de l'accouchement et de quatre semaines après la date de celui-ci.

Lorsque l'enfant est resté hospitalisé jusqu'à l'expiration de la sixième semaine suivant l'accouchement, la salariée peut reporter à la date de la fin de l'hospitalisation tout ou partie du congé auquel elle peut encore prétendre. Lorsque l'accouchement intervient plus de six semaines avant la date prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la période de suspension du contrat de travail prévue aux alinéas précédents est prolongée du nombre de jours courant entre la date effective de la naissance ~~et la date prévue~~ **et six semaine avant la date prévue**, afin de permettre à la salariée

de participer, chaque fois que possible, aux soins dispensés à son enfant et de bénéficier d'actions d'éducation à la santé préparant le retour à domicile.

Tout salarié à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance, un organisme français autorisé pour l'adoption ou l'Agence française de l'adoption confie un enfant en vue de son adoption a le droit de suspendre le contrat de travail pendant une période de dix semaines au plus à dater de l'arrivée de l'enfant au foyer, vingt-deux semaines en cas d'adoptions multiples. Cette période est fixée à dix-huit semaines si l'adoption a pour effet de porter à trois ou plus le nombre d'enfants dont le salarié ou le ménage assume la charge dans les conditions prévues aux articles L. 512-3 et suivants et L. 521-1 du code de la sécurité sociale. La suspension du contrat de travail peut précéder de sept jours calendaires, au plus, l'arrivée de l'enfant au foyer. Les parents salariés bénéficient alors de la protection instituée à l'article L. 122-25-2 du présent code. L'adoption d'un enfant par un couple de parents salariés ouvre droit à onze jours supplémentaires ou, en cas d'adoptions multiples, à dix-huit jours supplémentaires de congé d'adoption à la condition que la durée de celui-ci soit répartie entre les deux parents. En ce cas, la durée du congé ne peut être fractionnée en plus de deux périodes, dont la plus courte ne saurait être inférieure à onze jours. Ces deux périodes peuvent être simultanées.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables à la personne salariée titulaire de l'agrément mentionné aux articles 63 ou 100-3 du code de la famille et de l'aide sociale lorsqu'elle adopte ou accueille un enfant en vue de son adoption par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer sur le territoire français.

Le père ou la mère avertit l'employeur du motif de son absence et de la date à laquelle il ou elle entend mettre fin à la suspension de son contrat de travail.

A l'issue des congés de maternité et d'adoption prévus au présent article, la personne salariée retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

Toutefois, dans le cas où pendant sa grossesse la femme a fait l'objet d'un changement d'affectation dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 122-25-1, elle est réintégrée dans l'emploi occupé avant cette affectation lorsqu'elle reprend son travail à l'issue de la période de suspension définie au présent article.

- Article L. 122-28-9 [modifié par l'article 87-IV (ex 53-IV)]

(Loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 art. 14 I Journal Officiel du 26 juillet 1994 en vigueur le 1er janvier 1995)

(Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 VII Journal Officiel du 24 décembre 2000)

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 57 II Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Ordonnance n° 2004-602 du 24 juin 2004 art. 5 I Journal Officiel du 26 juin 2004)

~~— Tout salarié dont l'enfant à charge au sens de l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale et remplissant l'une des conditions prévues par l'article L. 512-3 du même code est victime d'une maladie, d'un accident ou d'un handicap graves, appréciés selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, et nécessitant la présence d'une personne à ses côtés, a le droit soit de travailler à temps partiel, soit de bénéficier d'un congé de présence parentale entraînant la suspension de son contrat de travail.~~

~~— La période d'activité à temps partiel, ou de suspension du contrat de travail, a une durée initiale de quatre mois au plus. Elle peut être renouvelée deux fois, dans la limite maximale de douze mois, renouvellements inclus.~~

~~— Le salarié doit envoyer à son employeur, au moins quinze jours avant le début du congé ou du travail à temps partiel, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou lui remettre en main propre une lettre contre décharge l'informant de sa volonté de bénéficier des dispositions du premier alinéa du présent article, ainsi qu'un certificat médical établi selon les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.~~

~~— Lorsque le salarié entend prolonger son congé ou son activité à temps partiel, il doit avertir l'employeur de cette prolongation, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au moins quinze jours avant le terme initialement prévu et l'informer, le cas échéant, de son intention soit de transformer le congé de présence parentale en activité à temps partiel, soit de transformer l'activité à temps partiel en congé de présence parentale. Toutefois, pendant la période d'activité à temps partiel~~

~~ou à l'occasion des prolongations de celle-ci, le salarié ne peut pas modifier la durée du travail initialement choisie sauf accord de l'employeur ou si une convention ou un accord collectif de travail le prévoit expressément.~~

~~—A l'issue du congé de présence parentale ou de la période d'exercice de son activité à temps partiel, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.~~

~~—Toutefois, en cas de décès de l'enfant ou de diminution importante des ressources du ménage, le salarié retrouve également son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente, s'il a accompli les formalités prévues à l'article L. 122-28-2.~~

Tout salarié dont l'enfant à charge au sens de l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale et remplissant l'une des conditions prévues par l'article L. 512-3 du même code est atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants a le droit de bénéficier, pour une période déterminée fixée par décret, d'un congé de présence parentale.

Le nombre de jours de congés dont peut bénéficier le salarié au titre du congé de présence parentale est au maximum de trois cent dix jours ouvrés. Aucun de ces jours ne peut être fractionné.

La durée initiale de la période au cours de laquelle le salarié peut bénéficier du droit à congé prévu au premier alinéa est celle définie dans le certificat médical mentionné à l'article L. 544-2 du code de la sécurité sociale. Cette durée fait l'objet d'un nouvel examen selon une périodicité définie par décret.

Le salarié doit envoyer à son employeur, au moins quinze jours avant le début du congé, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou lui remettre en main propre une lettre contre décharge l'informant de sa volonté de bénéficier des dispositions du premier alinéa du présent article, ainsi qu'un certificat médical établi selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

Quand il souhaite prendre un ou plusieurs jours de congé mentionnés au deuxième alinéa, le salarié en informe au préalable son employeur au moins quarante-huit heures à l'avance.

A l'issue du congé de présence parentale, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

Toutefois, en cas de décès de l'enfant ou de diminution importante des ressources du ménage, le salarié retrouve également son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente, s'il a accompli les formalités prévues à l'article L. 122-28-2.

Livre III - Placement et emploi

Titre IV- Main d'œuvre étrangère et détachement transnational des travailleurs

Chapitre Ier –Dispositions spéciales à la main d'œuvre étrangère

Section 1 - Travailleurs étrangers

- Article L. 341-6-4 [modifié par l'article 25-VI (ex 17-VI)]

(Loi n° 97-210 du 11 mars 1997 art. 9 Journal Officiel du 12 mars 1997)

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 annexe II Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

(Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 art. 89 I Journal Officiel du 3 août 2005 en vigueur le 1er janvier 2007)

Toute personne qui ne s'est pas assurée, lors de la conclusion d'un contrat dont l'objet porte sur une obligation d'un montant au moins égal à 3 000 euros en vue de l'exécution d'un travail, de la fourniture d'une prestation de services ou de l'accomplissement d'un acte de commerce, **et tous les six mois jusqu'à la fin de l'exécution dudit contrat**, que son cocontractant s'acquitte de ses obligations au regard des dispositions du premier alinéa de l'article L. 341-6 sera tenue solidairement responsable avec ce dernier, sans préjudice de l'application des dispositions des articles L. 324-14 à L. 324-14-2, au paiement de la contribution spéciale prévue à l'article L. 341-7.

~~Les dispositions de l'alinéa précédent ne sont pas applicables au particulier qui conclut un contrat pour son usage personnel, celui de son conjoint, de ses ascendants ou descendants.~~

Les modalités selon lesquelles sont effectuées les vérifications imposées par le présent article ainsi que la répartition de la charge de la contribution en cas de pluralité de cocontractants sont précisées par décret.

NOTA : Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 art. 89 IV : Les dispositions du présent article entrent en vigueur à partir de la publication du décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 342-3 du code du travail, et au plus tard le 1er janvier 2007.

Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État

Chapitre V : Positions.

Section I : Activité.

Sous-section I : Dispositions générales.

- Article 32 [modifié par l'article 83-VIII, 2° (ex 53-VIII 2°)]

Modifié par Loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 IX 1° (JORF 24 décembre 2000).

Tout fonctionnaire est placé dans une des positions suivantes :

- 1° Activité à temps complet ou à temps partiel ;
- 2° Détachement ;
- 3° Position hors cadres ;
- 4° Disponibilité ;
- 5° Accomplissement du service national et des activités dans la réserve opérationnelle ;
- 6° Congé parental ~~et congé de présence parental.~~

- Article 34 [modifié par l'article 73-III (ex 44-ter III)]

(modifié par la loi 2005-843 du 26 juillet 2005 (art 7 - JO 27/07/2005)

Le fonctionnaire en activité a droit :

- 1° A un congé annuel avec traitement dont la durée est fixée par décret en Conseil d'Etat ;
- 2° A des congés de maladie dont la durée totale peut atteindre un an pendant une période de douze mois consécutifs en cas de maladie dûment constatée mettant l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions. Celui-ci conserve alors l'intégralité de son traitement pendant une durée de trois mois ; ce traitement est réduit de moitié pendant les neuf mois suivants. Le fonctionnaire conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Toutefois, si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à mise à la retraite. Il a droit, en outre, au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident ;

- 3° A des congés de longue maladie d'une durée maximale de trois ans dans les cas où il est constaté que la maladie met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaire un traitement et des soins prolongés et qu'elle présente un caractère invalidant et de gravité confirmée. Le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement pendant un an ; le traitement est réduit de moitié pendant les deux années qui suivent. L'intéressé conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Les dispositions du deuxième alinéa du 2° du présent article sont applicables au congé de longue maladie.

Le fonctionnaire qui a obtenu un congé de longue maladie ne peut bénéficier d'un autre congé de cette nature, s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant un an ;

- 4° A un congé de longue durée, en cas de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis, de trois ans à plein traitement et de deux ans à demi-traitement. Le fonctionnaire conserve ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Si la maladie ouvrant droit à congé de longue durée a été contractée dans l'exercice des fonctions, les périodes fixées ci-dessus sont respectivement portées à cinq ans et trois ans.

Sauf dans le cas où le fonctionnaire ne peut être placé en congé de longue maladie à plein traitement, le congé de longue durée n'est attribué qu'à l'issue de la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie. Cette période est réputée être une période du congé de longue durée accordé pour la même affection. Tout congé attribué par la suite pour cette affection est un congé de longue durée.

Sur demande de l'intéressé, l'administration a la faculté, après avis du comité médical, de maintenir en congé de longue maladie le fonctionnaire qui peut prétendre à l'octroi d'un congé de longue durée ;

5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale. Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. **Quand la naissance de l'enfant a lieu plus de six semaines avant la date présumée de l'accouchement, la durée du congé de maternité avec traitement est augmentée du nombre de jours courant entre la naissance de l'enfant et six semaines avant la date présumée de l'accouchement.**

Au congé de paternité en cas de naissance, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.

A l'expiration de chacun des congés mentionnés aux deux alinéas précédents, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, le fonctionnaire est affecté dans un emploi équivalent, le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans l'emploi le plus proche de son domicile sous réserve du respect des dispositions de l'article 60 ;.

6° Au congé de formation professionnelle ;

7° Au congé pour formation syndicale avec traitement d'une durée maximale de douze jours ouvrables par an.

La formation ouvrant droit au bénéfice de ce congé et placée sous la responsabilité des organisations syndicales de fonctionnaires représentées au Conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat peut faire l'objet d'une aide financière de l'Etat ;

8° A un congé de six jours ouvrables par an accordé, sur sa demande, au fonctionnaire de moins de vingt-cinq ans, pour participer aux activités des organisations de jeunesse et d'éducation populaire, des fédérations et des associations sportives et de plein air légalement constituées, destinées à favoriser la préparation, la formation ou le perfectionnement de cadres et animateurs. Ce congé non rémunéré peut être pris en une ou deux fois à la demande du bénéficiaire. La durée du congé est assimilée à une période de service effectif. Elle ne peut être imputée sur la durée du congé annuel ;

9° A un congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie lorsqu'un ascendant ou un descendant ou une personne partageant son domicile fait l'objet de soins palliatifs. Ce congé non rémunéré est accordé pour une durée maximale de trois mois, sur demande écrite du fonctionnaire. Le congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie prend fin soit à l'expiration de la période de trois mois, soit dans les trois jours qui suivent le décès de la personne accompagnée, soit à une date antérieure. La durée de ce congé est assimilée à une période de service effectif. Elle ne peut être imputée sur la durée du congé annuel ;

10° A un congé pour siéger, comme représentant d'une association déclarée en application de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association ou inscrite au registre des associations en application de la loi du 19 avril 1908 applicable au contrat d'association dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ou d'une mutuelle au sens du code de la mutualité, dans une instance, consultative ou non, instituée par une disposition législative ou réglementaire auprès d'une autorité de l'Etat à l'échelon national, régional ou départemental, ou d'une collectivité territoriale. Ce congé avec traitement est accordé sous réserve des nécessités de service et ne peut dépasser neuf jours ouvrables par an. Il peut être fractionné en demi-journées. Ce congé ne peut se cumuler avec ceux qui sont prévus aux 7° et 8° du présent article qu'à concurrence de douze jours ouvrables pour une même année.

- Article 40 bis [créé par l'article 87-VIII, A° (ex 53-VI ter A°)]

Le congé de présence parentale est accordé au fonctionnaire lorsque la maladie, l'accident ou le handicap d'un enfant à charge présente une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue de sa mère ou de son père et des soins contraignants. Les modalités d'appréciation de la gravité de la maladie, de l'accident ou du handicap sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Ce congé est accordé de droit, sur demande écrite du fonctionnaire. Le nombre de jours de congé dont il peut bénéficier à ce titre ne peut excéder trois cent dix jours ouvrés au cours d'une période de trente-six mois. Chacun de ces jours ne peut être fractionné. La période de congé ne peut être imputée sur la durée du congé annuel.

Pendant les jours de congé de présence parentale, le fonctionnaire n'est pas rémunéré. Il n'acquiert pas de droits à la retraite, sous réserve des dispositions de l'article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

A l'issue de la période du congé de présence parentale ou en cas de diminution des ressources du ménage ou en cas de décès de l'enfant, le fonctionnaire est réaffecté dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, il est affecté dans un emploi le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans un emploi le plus proche de son domicile sous réserve de l'application de l'article 60.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article. » ;

*Section 6 : Congé parental et congé de présence parentale
[intitulé modifié par l'article 83-VIII, 3° (ex 53-VI ter 3°)]*

- Article 54 bis [abrogé par l'article 83-VIII, 4° (ex 53-VI ter 3°)]

Créé par Loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 IX 4° (JORF 24 décembre 2000).

~~Le congé de présence parentale est la position du fonctionnaire qui est placé hors de son administration ou service d'origine lorsque la maladie, l'accident ou le handicap graves d'un enfant à charge, appréciés selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, nécessite la présence de sa mère ou de son père auprès de lui.~~

~~Ce congé non rémunéré est accordé de droit, sur demande écrite du fonctionnaire, pour une durée initiale de quatre mois au plus ; il peut être prolongé deux fois, dans la limite d'un an.~~

~~Dans cette position, le fonctionnaire conserve ses droits à l'avancement d'échelon, réduits de moitié, ainsi que la qualité d'électeur lors de l'élection des représentants du personnel au sein de la commission administrative paritaire. Il n'acquiert pas de droits à la retraite.~~

~~A l'issue du congé de présence parentale ou en cas de diminution des ressources du ménage ou en cas de décès de l'enfant, le fonctionnaire est réintégré de plein droit, au besoin en surnombre, dans son corps d'origine. Il est réaffecté dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, le fonctionnaire est affecté dans un emploi le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans un emploi le plus proche de son domicile sous réserve de l'application de l'article 60 ci-dessous.~~

~~Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.~~

Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale

Chapitre V : Positions.

- Article 55 [modifié par l'article 87-IX-2° (ex 53-VI quater 2°)]

Modifié par Loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 X (jorf 24 décembre 2000).

Tout fonctionnaire est placé dans une des positions suivantes :

- 1° Activité à temps complet ou à temps partiel ;
- 2° Détachement ;
- 3° Position hors cadres ;
- 4° Disponibilité ;
- 5° Accomplissement du service national et des activités dans la réserve opérationnelle ;
- 6° Congé parental ~~et congé de présence parentale.~~

Les décisions relatives aux positions sont prises par l'autorité territoriale.

Section I : Activité.

Sous-section I : Dispositions générales.

- Article 57 [modifié par l'article 73-III (ex 44-ter III)]

(modifié par la loi 2005-843 du 26 juillet 2005 (art 8 - JO 27/07/2005)

Le fonctionnaire en activité a droit :

1° A un congé annuel avec traitement dont la durée est fixée par décret en Conseil d'Etat.

Le fonctionnaire territorial originaire des départements de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique, de la Réunion et de Saint-Pierre-et-Miquelon exerçant en métropole bénéficie du régime de congé institué pour les fonctionnaires de l'Etat ;

2° A des congés de maladie dont la durée totale peut atteindre un an pendant une période de douze mois consécutifs en cas de maladie dûment constatée mettant l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions. Celui-ci conserve alors l'intégralité de son traitement pendant une durée de trois mois ; ce traitement est réduit de moitié pendant les neuf mois suivants. Le fonctionnaire conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Toutefois, si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à la mise à la retraite. Il a droit, en outre, au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident.

Dans le cas visé à l'alinéa précédent, l'imputation au service de l'accident est appréciée par la commission de réforme instituée par le régime des pensions des agents des collectivités locales.

La collectivité et subrogée dans les droits éventuels du fonctionnaire victime d'un accident provoqué par un tiers jusqu'à concurrence du montant des charges qu'elle a supportées ou supporte du fait de cet accident. Elle est admise à poursuivre directement contre le responsable du dommage ou son assureur le remboursement des charges patronales afférentes aux rémunérations maintenues ou versées audit fonctionnaire pendant la période d'indisponibilité de celui-ci par dérogation aux dispositions de l'article 2 de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'Etat et de certaines autres personnes publiques ;

3° A des congés de longue maladie d'une durée maximale de trois ans dans les cas où il est constaté que la maladie met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaires un

traitement et des soins prolongés et présente un caractère invalidant et de gravité confirmée. Le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement pendant un an ; le traitement est réduit de moitié pendant les deux années qui suivent. L'intéressé conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Le fonctionnaire qui a obtenu un congé de longue maladie ne peut bénéficier d'un autre congé de cette nature s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant un an.

Les dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas du 2° du présent article sont applicables aux congés de longue maladie ;

4° A un congé de longue durée, en cas de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis, de trois ans à plein traitement et de deux ans à demi-traitement. Le fonctionnaire conserve ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Si la maladie ouvrant droit à congé de longue durée a été contractée dans l'exercice des fonctions, les périodes fixées ci-dessus sont respectivement portées à cinq ans et trois ans.

Sauf dans le cas où le fonctionnaire ne peut être placé en congé de longue maladie à plein traitement, le congé de longue durée ne peut être attribué qu'à l'issue de la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie. Cette période est réputée être une période du congé de longue durée accordé pour la même affection. Tout congé attribué par la suite pour cette affection est un congé de longue durée.

Sur demande de l'intéressé, l'administration a la faculté, après avis du comité médical, de maintenir en congé de longue maladie le fonctionnaire qui peut prétendre à un congé de longue durée ;

Les dispositions de la deuxième phrase du quatrième alinéa du 2° du présent article sont applicables aux congés de longue durée ;

4° bis. Après un congé de longue maladie ou de longue durée, les fonctionnaires peuvent être autorisés, après avis du comité médical compétent, à accomplir un service à mi-temps pour raison thérapeutique, accordé pour une période de trois mois et renouvelable dans la limite d'un an par affection ayant ouvert droit à congé de longue maladie ou congé de longue durée.

Après un congé pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions, le travail à mi-temps thérapeutique peut être accordé pour une période d'une durée maximale de six mois renouvelable une fois, après avis favorable de la commission de réforme compétente.

Le mi-temps thérapeutique peut être accordé :

- soit parce que la reprise des fonctions à mi-temps est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé ;
- soit parce que l'intéressé doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Les fonctionnaires autorisés à travailler à mi-temps pour raison thérapeutique perçoivent l'intégralité de leur traitement ;

5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale. Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. **Quand la naissance de l'enfant a lieu plus de six semaines avant la date présumée de l'accouchement, la durée du congé de maternité avec traitement est augmentée du nombre de jours courant entre la naissance de l'enfant et six semaines avant la date présumée de l'accouchement.**

Au congé de paternité en cas de naissance avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;

A l'expiration de chacun des congés mentionnés aux deux alinéas précédents, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, le fonctionnaire est affecté dans un emploi équivalent, le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans l'emploi le plus proche de son domicile sous réserve du respect des dispositions de l'article 54 ;

6° Au congé de formation professionnelle ;

7° Au congé pour formation syndicale avec traitement d'une durée maximum de douze jours ouvrables par an ;

8° Au congé d'une durée de six jours ouvrables par an accordé, sur sa demande, au fonctionnaire de moins de vingt-cinq ans, pour participer aux activités des organisations de jeunesse et d'éducation populaire, des fédérations et des associations sportives et de plein air légalement constituées, destinées à favoriser la préparation, la formation ou le perfectionnement de cadres et animateurs. Ce congé non rémunéré peut être pris en une ou deux fois, à la demande du bénéficiaire. La durée du congé est assimilée à une période de travail effectif. Elle ne peut être imputée sur la durée du congé annuel ;

9° Aux congés prévus par l'article 41 de la loi du 19 mars 1928. Le bénéfice de ces congés est étendu à tous les fonctionnaires territoriaux atteints d'infirmités contractées ou aggravées au cours d'une guerre ou d'une expédition déclarée campagne de guerre ayant ouvert droit à pension au titre du livre Ier du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

Bénéficient du même congé les fonctionnaires atteints d'infirmités ayant ouvert droit à pension du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre au titre :

- du titre III du livre II de ce code relatif aux victimes civiles des faits de guerre ;

- de la loi n° 55-1074 du 6 août 1955 relative aux avantages accordés aux personnels militaires participant au maintien de l'ordre dans certaines circonstances, complétée par l'ordonnance n° 59-261 du 4 février 1959 modifiant certaines dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

- et de la loi n° 59-901 du 31 juillet 1959 relative à la réparation des dommages physiques subis en métropole par les personnes de nationalité française, par suite des événements qui se déroulent en Algérie ;

10° A un congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie lorsqu'un ascendant ou un descendant ou une personne partageant son domicile fait l'objet de soins palliatifs. Ce congé non rémunéré est accordé pour une durée maximale de trois mois, sur demande écrite du fonctionnaire. Le congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie prend fin soit à l'expiration de la période de trois mois, soit dans les trois jours qui suivent le décès de la personne accompagnée, soit à une date antérieure. La durée de ce congé est assimilée à une période de service effectif. Elle ne peut être imputée sur la durée du congé annuel ;

11° A un congé pour siéger, comme représentant d'une association déclarée en application de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association ou inscrite au registre des associations en application de la loi du 19 avril 1908 applicable au contrat d'association dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ou d'une mutuelle au sens du code de la mutualité, dans une instance, consultative ou non, instituée par une disposition législative ou réglementaire auprès d'une autorité de l'Etat à l'échelon national, régional ou départemental, ou d'une collectivité territoriale. Ce congé avec traitement est accordé sous réserve des nécessités de service et ne peut dépasser neuf jours ouvrables par an. Il peut être fractionné en demi-journées. Ce congé ne peut se cumuler avec ceux qui sont prévus aux 7° et 8° du présent article qu'à concurrence de douze jours ouvrables pour une même année.

- Article 60 *sexies* *[créé par l'article 87-IX (ex 53-VI quater)]*

Le congé de présence parentale est accordé au fonctionnaire lorsque la maladie, l'accident ou le handicap d'un enfant à charge présente une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue de sa mère ou de son père et des soins contraignants. Les modalités d'appréciation de la gravité de la maladie, de l'accident ou du handicap sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Ce congé est accordé de droit, sur demande écrite du fonctionnaire. Le nombre de jours de congé dont il peut bénéficier à ce titre ne peut excéder trois cent dix jours ouvrés au cours d'une période de trente-six mois. Chacun de ces jours ne peut être fractionné. La période de congé ne peut être imputée sur la durée du congé annuel.

Pendant les jours de congé de présence parentale, le fonctionnaire n'est pas rémunéré. Il n'acquiert pas de droits à la retraite, sous réserve des dispositions de l'article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

A l'issue de la période du congé de présence parentale ou en cas de diminution des ressources du ménage ou en cas de décès de l'enfant, le fonctionnaire est réaffecté dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, il est affecté dans un emploi le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans un emploi le plus proche de son domicile sous réserve de l'application de l'article 54.

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

Section VI : Congé parental et congé de présence parentale.

[intitulé modifié par l'article 87-IX-3° (ex 53-VI quater 3°)]

- Article 75 bis *[abrogé par l'article 87-IX-4° (ex 53-VI quater 4°)]*

Créé par Loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 X (jorf 24 décembre 2000).

~~Le congé de présence parentale est la position du fonctionnaire qui est placé hors de son administration ou service d'origine lorsque la maladie, l'accident ou le handicap graves d'un enfant à charge, appréciés selon les modalités définies par décret en Conseil d'Etat, nécessite la présence de sa mère ou de son père auprès de lui.~~

~~Ce congé non rémunéré est accordé de droit sur demande écrite du fonctionnaire pour une durée initiale de quatre mois au plus et peut être prolongé deux fois, dans la limite d'un an.~~

~~Dans cette position, le fonctionnaire conserve ses droits à l'avancement d'échelon, réduits de moitié, ainsi que la qualité d'électeur lors de l'élection des représentants du personnel au sein de la commission administrative paritaire. Il n'acquiert pas de droits à la retraite.~~

~~A l'issue du congé de présence parentale, ou en cas de diminution des ressources du ménage ou en cas de décès de l'enfant, le fonctionnaire est réintégré de plein droit, au besoin en surnombre, dans sa collectivité ou établissement d'origine, sur sa demande et à son choix, dans son ancien emploi ou dans un emploi le plus proche de son dernier lieu de travail ou de son domicile lors de sa réintégration, lorsque celui-ci a changé pour assurer l'unité de la famille.~~

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Chapitre IV : Positions.

- Article 39 [modifié par l'article 87-X-2° (ex 53-VI quinquies 2°)]

Modifié par Loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 XI 1° (JORF 24 décembre 2000).

Tout fonctionnaire est placé dans une des positions suivantes :

- 1° Activité à temps plein, à temps partiel ou à temps non complet ;
- 2° Détachement ;
- 3° Position hors cadres ;
- 4° Disponibilité ;
- 5° Accomplissement du service national et des activités dans la réserve opérationnelle ;
- 6° Congé parental ~~et congé de présence parentale.~~

Section I : Activité.

Sous-section I : Dispositions générales.

- Article 41 [modifié par l'article 73-III-3 (ex 44 ter III) et 87-X-1° (ex 53-VI quinquies 1°)]

(modifié par la loi 2005-843 du 26 juillet 2005 (art 9 - JO 27/07/2005))

Le fonctionnaire en activité a droit :

1° A un congé annuel avec traitement dont la durée est fixée par décret en Conseil d'Etat.
Les fonctionnaires qui exercent leurs fonctions sur le territoire européen de la France et dont le lieu de résidence habituelle est situé dans les départements d'outre-mer bénéficient des congés bonifiés dans les conditions prévues pour les fonctionnaires de l'Etat se trouvant dans la même situation.
Les fonctionnaires originaires des départements de la Haute-Corse et de la Corse-du-Sud ou des territoires d'outre-mer peuvent bénéficier, sur leur demande, d'un cumul sur deux années de leurs congés annuels pour se rendre dans leur département ou territoire d'origine ;

2° A des congés de maladie dont la durée totale peut atteindre un an pendant une période de douze mois consécutifs en cas de maladie dûment constatée mettant l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions. Celui-ci conserve alors l'intégralité de son traitement pendant une durée de trois mois ; ce traitement est réduit de moitié pendant les neuf mois suivants. Le fonctionnaire conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Toutefois, si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à sa mise à la retraite. Il a droit, en outre, au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident.

Dans le cas visé à l'alinéa précédent, l'imputation au service de la maladie ou de l'accident est appréciée par la commission de réforme instituée par le régime des pensions des agents des collectivités locales.

L'établissement ou la collectivité dont il relève est subrogé dans les droits éventuels du fonctionnaire victime d'un accident provoqué par un tiers jusqu'à concurrence du montant des charges qu'il a

supportées ou supporte du fait de cet accident. L'établissement ou la collectivité est admis à poursuivre directement contre le responsable du dommage ou son assureur le remboursement des charges patronales afférentes aux rémunérations maintenues ou versées audit fonctionnaire pendant la période d'indisponibilité de celui-ci par dérogation aux dispositions de l'article 2 de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'Etat et de certaines autres personnes publiques ;

3° A des congés de longue maladie d'une durée maximale de trois ans dans les cas où il est constaté que la maladie met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaires un traitement et des soins prolongés et présente un caractère invalidant et de gravité confirmée. Le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement pendant un an ; le traitement est réduit de moitié pendant les deux années qui suivent. L'intéressé conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Le fonctionnaire qui a obtenu un congé de longue maladie ne peut bénéficier d'un autre congé de cette nature s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant un an.

Les dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas du 2° du présent article sont applicables aux congés de longue maladie ;

4° A un congé de longue durée, en cas de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis, de trois ans à plein traitement et de deux ans à demi-traitement. Le fonctionnaire conserve ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Si la maladie ouvrant droit à congé de longue durée a été contractée dans l'exercice des fonctions, les périodes fixées ci-dessus sont respectivement portées à cinq ans et trois ans.

Sauf dans le cas où le fonctionnaire ne peut être placé en congé de longue maladie, le congé ne peut être attribué qu'à l'issue de la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie.

Cette période est réputée être une période du congé de longue durée accordé pour la même affection. Tout congé attribué par la suite pour cette affection est un congé de longue durée.

Sur la demande de l'intéressé, l'établissement a la faculté, après avis du comité médical, de maintenir en congé de longue maladie le fonctionnaire qui peut prétendre à l'octroi d'un congé de longue durée ;

5° Au congé pour maternité ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale. Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale ; **Quand la naissance de l'enfant a lieu plus de six semaines avant la date présumée de l'accouchement, la durée du congé de maternité avec traitement est augmentée du nombre de jours courant entre la naissance de l'enfant et six semaines avant la date présumée de l'accouchement.**

Au congé de paternité en cas de naissance, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;

A l'expiration de chacun des congés mentionnés aux deux alinéas précédents, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, le fonctionnaire est affecté dans un emploi équivalent, le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans l'emploi le plus proche de son domicile sous réserve du respect des dispositions de l'article 38 ;

6° Au congé de formation professionnelle ; la prise en charge de ce congé et des dépenses relatives au bilan de compétences effectué à l'initiative de l'agent, dans les établissements énumérés à l'article 2, est assurée par une cotisation annuelle d'un montant de 0,20 p. 100 des salaires inscrits à leur budget, au sens du 1 de l'article 231 du code général des impôts, versée à un ou plusieurs organismes paritaires agréés par l'Etat, chargés de la gestion et de la mutualisation de cette cotisation ;

7° Au congé pour formation syndicale avec traitement d'une durée maximum de douze jours ouvrables par an ;

8° Au congé d'une durée de six jours ouvrables par an accordé, sur sa demande, au fonctionnaire de moins de vingt-cinq ans, pour participer aux activités des organisations de jeunesse et d'éducation populaire, des fédérations et des associations sportives et de plein air légalement constituées, destinées à favoriser la préparation, la formation ou le perfectionnement de cadres et animateurs. Ce congé non rémunéré peut être pris en une ou deux fois, à la demande du bénéficiaire. La durée du congé est assimilée à une période de travail effectif. Elle ne peut être imputée sur la durée du congé annuel ;

9° A un congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie lorsqu'un ascendant ou un descendant ou une personne partageant son domicile fait l'objet de soins palliatifs. Ce congé non rémunéré est accordé pour une durée maximale de trois mois, sur demande écrite du fonctionnaire. Le congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie prend fin soit à l'expiration de la période de trois mois, soit dans les trois jours qui suivent le décès de la personne accompagnée, soit à une date antérieure, date prévisible de son retour avec un préavis de trois jours francs. La durée de ce congé est assimilée à une période de service effectif. Elle ne peut être imputée sur la durée du congé annuel ;

10° A un congé pour siéger, comme représentant d'une association déclarée en application de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association ou inscrite au registre des associations en application de la loi du 19 avril 1908 applicable au contrat d'association dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ou d'une mutuelle au sens du code de la mutualité, dans une instance, consultative ou non, instituée par une disposition législative ou réglementaire auprès d'une autorité de l'Etat à l'échelon national, régional ou départemental, ou d'une collectivité territoriale. Ce congé avec traitement est accordé sous réserve des nécessités de service et ne peut dépasser neuf jours ouvrables par an. Il peut être fractionné en demi-journées. Ce congé ne peut se cumuler avec ceux qui sont prévus aux 7° et 8° du présent article qu'à concurrence de douze jours ouvrables pour une même année.

11° A un congé de présence parentale, accordé au fonctionnaire lorsque la maladie, l'accident ou le handicap d'un enfant à charge présente une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue de sa mère ou de son père et des soins contraignants. Les modalités d'appréciation de la gravité de la maladie, de l'accident ou du handicap sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Ce congé est accordé de droit, sur demande écrite du fonctionnaire. Le nombre de jours de congé dont il peut bénéficier à ce titre ne peut excéder trois cent dix jours ouvrés au cours d'une période de trente-six mois. Chacun de ces jours ne peut être fractionné. La période de congé ne peut être imputée sur la durée du congé annuel.

Pendant les jours de congé de présence parentale, le fonctionnaire n'est pas rémunéré. Il n'acquiert pas de droits à la retraite, sous réserve des dispositions de l'article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

A l'issue du congé de présence parentale ou en cas de diminution des ressources du ménage ou en cas de décès de l'enfant, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit, au besoin en surnombre, dans son établissement d'origine.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article. [art. 87]

Nota : Loi 2001-1246 2001-12-21 art. 55 XXII : Les dispositions du présent article sont applicables aux enfants nés ou adoptés à partir du 1er janvier 2002 et aux enfants nés avant cette date alors que leur naissance présumée était postérieure au 31 décembre 2001.

Section 6 : Congé parental et congé de présence parentale.

[Intitulé modifié par l'article 87-X-3° (ex 53-VI quinquies 3°)]

- Article 64-1 *[abrogé par l'article 87-X-4° (ex 53-VI quinquies 4°)]*

Créé par Loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 20 XI 4° (JORF 24 décembre 2000).

~~Le congé de présence parentale est la position du fonctionnaire qui est placé hors de son établissement d'origine lorsque la maladie, l'accident ou le handicap graves d'un enfant à charge, appréciés selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, nécessite la présence de sa mère ou de son père auprès de lui.~~

~~Ce congé non rémunéré est accordé de droit, sur demande écrite du fonctionnaire, pour une durée initiale de quatre mois au plus ; il peut être prolongé deux fois, dans la limite d'un an.~~

~~Dans cette position, le fonctionnaire conserve ses droits à l'avancement d'échelon, réduits de moitié, ainsi que la qualité d'électeur lors de l'élection des représentants du personnel au sein de la commission administrative paritaire. Il n'acquiert pas de droits à la retraite.~~

~~A l'issue du congé de présence parentale ou en cas de diminution des ressources du ménage ou en cas de décès de l'enfant, le fonctionnaire est réintégré de plein droit, au besoin en surnombre, dans son établissement d'origine.~~

~~Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.~~

**Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989
renforçant les garanties offertes aux personnes
assurées contre certains risques**

- Article 6-1 *[modifié par l'article 54-III (36 bis III)]*

(Créé par Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 art. 23 I (JORF 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

A l'expiration de son droit aux prestations définies à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, toute personne ayant bénéficié de la prise en charge prévue au b de l'article L. 861-4 de ce code reçoit de l'organisme auprès duquel elle bénéficiait de cette prise en charge la proposition de prolonger son adhésion ou son contrat pour une période d'un an, avec les mêmes prestations et pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté.

Les prestations prises en charge dans ce cadre sont identiques à celles définies à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celles qui ne sont pas conformes aux règles définies à l'article L. 871-1 du même code.

Cette disposition est applicable aux contrats et adhésions souscrits à partir du 1^{er} janvier 2006. Les contrats et adhésions de prolongation en cours à cette date bénéficient jusqu'à leur terme en 2006 de l'exonération de taxe sur les conventions d'assurance mentionnées au 1^{er} alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

- Article 6-3 *[modifié par l'article 54 III (36 bis III)]*

(Créé par Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 art. 38 II (JORF 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

Lorsque les personnes mentionnées au ~~huitième~~ **neuvième** alinéa de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale acquièrent une protection complémentaire souscrite à titre individuel en matière de frais de soins de santé, aucune période probatoire ne peut leur être opposée. Elles bénéficient en outre de la procédure de dispense d'avance de frais, pour une durée d'un an à compter de l'expiration de leur droit aux prestations définies aux ~~cinq~~ **six** premiers alinéas de l'article L. 861-3 précité, dans les conditions prévues par décret, pour la part de ces mêmes dépenses prise en charge par les organismes visés au b de l'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale.

Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de
financement de la sécurité sociale pour 1999

Titre III : Dispositions relatives aux dépenses et à la trésorerie

Section 2 : Branche maladie

- Article 25 [devient L. 221-1-1 CSS par l'article 60-I (ex 39-I)]

Voir l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale

Loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à
la réduction négociée du temps de travail

Chapitre IV : Travail à temps partiel et contrat intermittent

- Article 13 [modifié par l'article 11]

Les dispositions prévues à l'article L. 322-12 du code du travail cessent d'être applicables un an après l'abaissement de la durée légale du travail à trente-cinq heures pour les entreprises concernées. Toutefois, le bénéfice de ces dispositions reste acquis **jusqu'au 31 décembre 2005** aux contrats qui y ouvriraient droit à la date d'entrée en vigueur de la réduction de la durée légale du travail.

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

Titre III – Dispositions relatives à l'assurance maladie

- Article 33 [modifié par l'article 43 (ex 30)]

Modifié par Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 art. 13 III (JORF 3 mai 2005)

Les dispositions des articles 22 à 32 à sont applicables à compter du 1er janvier 2005, à l'exception des dispositions de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de l'article 23 et des dispositions de l'article L. 162-22-6 du même code dans leur rédaction issue de l'article 25 qui s'appliquent à compter du 1er mars 2005 dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 dans sa rédaction issue de la présente loi, sous réserve des dispositions suivantes :

I. - En 2005, par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, la fraction des tarifs mentionnés au A du V du présent article et les frais afférents à la fourniture de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations ne sont pas facturés aux caisses mentionnées à l'article L. 174-2 du même code par les établissements. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de l'hospitalisation, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.

Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

L'agence régionale de l'hospitalisation procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues au A du V du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. Par dérogation au dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 précité, les tarifs de prestations fixés en application de cet article prennent effet, en 2005, à compter du 1er janvier. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

L'écart entre la valorisation de l'activité prévisionnelle retenue pour clore l'exercice 2004 et la valorisation de l'activité réellement constatée peut être imputé à due concurrence sur le montant calculé en application de l'alinéa précédent.

L'agence régionale de l'hospitalisation procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant du ou des trimestres suivants.

II. - En 2005, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par dérogation aux dispositions des 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations ne servent pas de base au calcul de la participation de l'assuré. Cette participation est calculée sur la base des tarifs de prestations fixés par l'agence régionale de l'hospitalisation selon les conditions et modalités applicables antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi.

III. - Pour la détermination en 2005 des éléments mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, il est tenu compte de l'état provisoire des charges afférentes aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au a du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, y compris celles relatives

aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, au titre des soins dispensés l'année précédente dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi ainsi que des charges afférentes à la dispensation des médicaments et à la fourniture des produits et prestations facturés en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 du même code dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

~~IV. — Pour les années 2005 à 2012, l'Etat fixe, outre les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, des coefficients de transition moyens régionaux ainsi que les écarts maximums entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code de la région après application de leur coefficient de transition. Les coefficients de transition moyens régionaux atteignent la valeur 1 au plus tard en 2012.~~

~~L'Etat fixe les règles générales de modulation du coefficient de transition entre les établissements de la région, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 162-22-10 du même code.~~

Pour les années 2005 à 2012, l'Etat fixe, outre les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale, le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du même code. La convergence doit être achevée au plus tard en 2012.

L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels ce coefficient est inférieur à un peut excéder le taux moyen régional de convergence, à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels le coefficient de transition est supérieur à un. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces derniers établissements supérieur au taux moyen régional.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les dispositions d'application du présent IV.

Les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du même code applicables à chacun des établissements de santé mentionnés au d du même article sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en appliquant le coefficient de transition et, le cas échéant, le coefficient de haute technicité propres à l'établissement aux tarifs nationaux des prestations affectés, le cas échéant, d'un coefficient géographique. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012. Le coefficient de haute technicité est égal à celui calculé pour l'année 2005.

V. - Pour les années 2005 à 2012, les dispositions de la présente loi s'appliquent sous réserve des dispositions suivantes :

A. - Les prestations d'hospitalisation ainsi que les consultations et actes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale dispensés aux assurés sociaux dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au a du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des deux éléments suivants :

- 1° Une fraction du tarif des prestations d'hospitalisation fixé en application des dispositions du 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ou du tarif des consultations et actes fixé en application des dispositions de l'article L. 162-14-1 du même code, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré correspondant à cette fraction ;
- 2° Une dotation annuelle complémentaire déterminée dans les conditions prévues au D du présent V. Les litiges relatifs à la dotation annuelle complémentaire sont formés devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles.

La fraction mentionnée au 1° est fixée par l'Etat dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-10 du même code et ne peut être inférieure à 50 % en 2008.

~~Par dérogation aux dispositions des quatre alinéas précédents, les prestations de prélèvement d'organes ou de tissus sont, dès 2005, facturées dans leur intégralité sur la base des tarifs fixés en application des dispositions du 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code.~~

Par dérogation aux dispositions des quatre alinéas précédents, les prestations de prélèvement d'organes ou de tissus et celles afférentes à certains modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont facturées dans leur intégralité sur la base des tarifs fixés en application des dispositions du 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

B. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 du même code fixe en outre les modalités selon lesquelles est déterminé chaque année le montant total des dotations annuelles complémentaires mentionnées au A compatible avec le respect de l'objectif.

C. - Dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-22-10 du même code, l'Etat détermine le montant total des dotations annuelles complémentaires et fixe, outre les éléments mentionnés aux 1° à 3° dudit I, les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires.

D. - Dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-12 du même code, l'Etat fixe, outre le montant des forfaits annuels de chaque établissement, le montant de la dotation annuelle complémentaire de chaque établissement de santé mentionné aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, dans la limite du montant régional fixé dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-10 du même code et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, le montant total des dotations annuelles complémentaires allouées aux établissements de la région peut être supérieur au montant régional à concurrence de l'écart entre le montant total des dotations annuelles de financement mentionnées à l'article L. 174-1 du même code et le montant de la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1 du même code. Le montant de la dotation de chaque établissement est fixé en tenant compte notamment de la dotation de l'année précédente, de la fraction des tarifs des prestations prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie fixée dans les conditions prévues au A et le cas échéant de l'activité de l'établissement. Son montant tient également compte des changements de toute nature à l'issue desquels la proportion de patients non assurés sociaux accueillis est notablement modifiée.

Les dotations annuelles complémentaires mentionnées au 2° du A du V du présent article sont versées par douzième par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Pour les années 2005 et 2006, la répartition des sommes versées, au titre de l'alinéa précédent aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie est effectuée dans les conditions prévues à l'article L. 174-2 dudit code. De même, par dérogation à l'article L. 162-22-15 du même code, les sommes versées au titre des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 de ce code et des dotations annuelles de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 sont également réparties selon les modalités prévues à l'article L. 174-2 du même code.

Pour les années 2007 à 2012, la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie des sommes versées au titre de la dotation annuelle complémentaire aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code est effectuée chaque année au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de ces établissements.

Les modalités d'application des trois alinéas précédents sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

E. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-1 du même code, le montant total des dotations annuelles de financement allouées aux établissements de la région en application du même article peut être supérieur au montant de la dotation régionale prévue à l'article L. 174-1-1 du même code à concurrence de l'écart entre le montant total des dotations annuelles complémentaires mentionnées au 2° du A du présent V et le montant régional prévu au C.

F. - Le budget mentionné à l'article L. 6145-1 du code de la santé publique tient également compte de la dotation annuelle complémentaire prévue au 2° du A du présent V.

G. - La modification du budget sur laquelle le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande aux établissements de délibérer en application des dispositions de l'article L. 6145-4 du même code tient compte de la modification de la dotation annuelle complémentaire.

H. - Pour les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les recettes d'assurance maladie prises en compte pour l'application des sanctions financières prises en application de l'article L. 162-22-18 du même code sont celles versées en application des dispositions du 1° du A du présent V.

VI. - Pour les années 2005 à 2007, la part des frais d'hospitalisation, des actes et consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé de Guyane mentionnés aux a et b de l'article L. 162-22-6 du même code est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 dudit code.

VII. - Pour les années 2005 à 2012, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. L'objectif de convergence des tarifs devra être atteint à 50 % en 2008.

Nota : Ordonnance 2005-1112 2005-09-01 art. 8 III : les dispositions du I, à l'exception du 4e alinéa, et du II de l'art. 33 de la présente loi demeurent applicables en 2006.

Titre IV – Dispositions relatives aux autres politiques de sécurité sociale

Section 2 : Branche famille

- Article 60 [modifié par l'article 88 (ex 54)]

I., II., III., IV., V. - (Paragraphe modificateurs)

VI. - Les modalités d'application des I à III sont définies par décret en ce qui concerne les âges d'ouverture à la prestation d'accueil du jeune enfant ou à ses compléments, ses montants, sa durée de versement et par décret en Conseil d'Etat pour les autres dispositions.

VII. - (Paragraphe modificateur)

VIII. - 1. Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2004 pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2004 ainsi que pour les enfants nés avant cette date alors que leur date de naissance présumée était postérieure au 31 décembre 2003.

2. Les personnes qui ont perçu moins de cinq mensualités d'allocation pour jeune enfant au titre de la grossesse pour des mois antérieurs au 1er janvier 2004 bénéficient de la prime à la naissance dans le courant du mois de janvier 2004. Les mensualités d'allocation pour jeune enfant perçues à ce titre antérieurement au 1er janvier 2004 sont déduites du montant de la prime à la naissance.

3. Les personnes bénéficiaires de l'allocation pour jeune enfant, de l'allocation d'adoption, de l'allocation parentale d'éducation, de l'allocation de garde d'enfant à domicile ou de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée en vertu de la réglementation applicable antérieurement au 1er janvier 2004 pour un enfant né avant cette date continuent à percevoir ces allocations jusqu'à leur terme.

Les personnes qui bénéficient au 1er janvier 2004 des prestations mentionnées à l'alinéa précédent pour un enfant né avant cette date, et qui ont à compter du 1er janvier 2004 un nouvel enfant à charge du fait d'une naissance ou d'une adoption, ouvrent droit à la prestation mentionnée aux II et III pour

l'ensemble des enfants à charge qui remplissent les conditions de cette prestation. Le droit à la prestation mentionnée aux II et III est dans ce cas ouvert le mois qui suit la naissance de l'enfant. Toutefois, en cas de bénéfice de l'allocation de garde d'enfant à domicile ou de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée, le droit au complément de libre choix du mode de garde est ouvert à compter du premier jour du mois qui suit le trimestre civil où intervient la naissance de l'enfant. Pour les personnes ayant bénéficié de l'allocation parentale d'éducation avant le 1er janvier 2004, le complément de libre choix d'activité est versé sans examen des conditions d'activité professionnelle antérieures.

~~4. A compter du 1er janvier 2007, l'ensemble des ménages et personnes bénéficient de la prestation prévue aux II et III dès lors qu'ils répondent à ses conditions de droit.~~

Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002
relative à l'extension et la généralisation des
prestations familiales et à la protection sociale
dans la collectivité départementale de Mayotte

**Titre 1^{er} : Régime des prestations familiales dans la collectivité départementale
de Mayotte**

Chapitre 2 : Prestations familiales

Section 2 : Allocations familiales.

- Article 7 [modifié par l'article 85-I-1° (ex 52 A I)]

~~Les allocations familiales sont attribuées en fonction du nombre d'enfants à charge, à partir du premier enfant, dans la limite de trois enfants par allocataire.~~

Les allocations familiales sont attribuées en fonction du nombre d'enfants à charge, à partir du premier enfant, dans les conditions fixées par décret.

Section 3 : Allocation de rentrée scolaire.

- Article 8 [modifié par l'article 85-I-2° (ex 52 A I)]

Une allocation de rentrée scolaire est attribuée pour chaque enfant inscrit dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé en exécution de l'obligation scolaire, et jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire, sous réserve de l'âge limite prévu à l'article 5.

Cette allocation est attribuée sous réserve que les ressources de la personne seule ou du ménage n'excèdent pas un plafond variable selon le nombre d'enfants à charge, ~~dans la limite de trois enfants par allocataire.~~ Ce plafond est fixé par décret et revalorisé par arrêté conformément à l'évolution du salaire minimum prévu à l'article L. 141-1 du code du travail applicable dans la collectivité départementale de Mayotte, issu de l'ordonnance du 25 février 1991 susvisée.

Le montant de cette allocation peut varier selon le cycle scolaire suivi par l'enfant. Les établissements scolaires sont autorisés à transmettre les listes d'enfants inscrits à la caisse gestionnaire.

Section 4 : Allocation de logement.

- Article 10 [modifié par l'article 85-I (ex 52 A I)]

Modifié par Ordonnance n°2004-688 du 12 juillet 2004 art. 8 I (JORF 13 juillet 2004).

L'allocation de logement est accordée, au titre de sa résidence principale et sur sa demande, à toute personne percevant les allocations familiales qui paie un minimum de loyer, compte tenu des ressources de la personne ou du ménage, et du nombre d'enfants à sa charge. Sont assimilées à un loyer les mensualités versées pour accéder à la propriété de l'habitation.

Le logement doit répondre à des conditions minima de salubrité et de peuplement déterminées par arrêté du représentant de l'Etat.

Les barèmes de cette allocation sont fixés par voie réglementaire ; ~~le nombre d'enfants pris en compte est limité à trois par allocataire.~~

La caisse gestionnaire est habilitée à faire vérifier sur place si le logement satisfait aux exigences prévues au présent article. Le même droit est reconnu aux médecins inspecteurs de la santé et aux inspecteurs des affaires sanitaires et sociales. Le contrôle du montant des loyers et de l'importance des ressources du bénéficiaire est assuré par le personnel assermenté de cette caisse auquel les administrations publiques et les administrations financières sont tenues de communiquer toutes les pièces nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Lorsque, par suite d'un défaut d'entretien imputable au bénéficiaire, le logement cesse de remplir les conditions prévues au deuxième alinéa du présent article ou lorsque le bénéficiaire refuse de se soumettre au contrôle prévu, le versement des allocations peut être suspendu ou interrompu.

Pour les locataires, ainsi qu'en cas d'accession à la propriété avec un emprunt, l'allocation de logement est versée directement au bailleur ou au prêteur. Son montant est déduit, par le bailleur ou prêteur, du montant du loyer et des dépenses accessoires de logement, ou de celui des charges de remboursement de l'emprunt. Cette déduction est portée à la connaissance de l'allocataire. Ces dispositions ne sont pas applicables en cas de refus du bailleur ou du prêteur.

L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement appartenant à l'un de leurs ascendants ou descendants ou ceux de leur conjoint ou concubin ou de toutes personnes liées à elles par un contrat conclu en application de l'article L. 515-1 du code civil.

Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Titre III : Création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

- Article 13 [modifié par l'article 6 (ex 6 bis)]

(Abrogé par Loi n°2005-102 du 11 février 2005 art. 55 V (JORF 12 février 2005 en vigueur le 1er janvier 2006**).

A compter de l'année 2005, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie répartit ses ressources en cinq sections distinctes selon les modalités suivantes :

1° 40 % des produits des contributions prévues aux 1° et 2° de l'article 11, afin de financer des actions en faveur des personnes âgées ; 48 % des produits de cette section sont affectés au financement, par les régimes obligatoires de base de l'assurance maladie, des établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique en 2005 ;

2° 40 % des produits des contributions prévues aux 1° et 2° de l'article 11, afin de financer des actions en faveur des personnes handicapées ; ~~45 %~~ **20% au plus** des produits de cette section sont affectés au financement par les régimes obligatoires de base de l'assurance maladie des établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 7° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles en 2005 ;

3° 20 % des produits des contributions prévues aux 1° et 2° de l'article 11, le produit de la contribution sociale généralisée mentionné au 3° de l'article 11, sous réserve des dispositions prévues au 4° du présent article, et le produit mentionné au 4° de l'article 11 afin de financer les charges prévues au 3° du I de l'article 12 ;

4° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionné au 3° de l'article 11 pour financer les charges prévues au 4° du I de l'article 12. Cette fraction, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % des sommes en cause ;

5° Un prélèvement sur les ressources encaissées par la caisse, réparti à égalité entre les sections mentionnées aux 1° et 2°, pour financer :

a) Le remboursement au Fonds de solidarité vieillesse des charges qui lui incombent au titre de la gestion de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pendant la période transitoire ;

b) Les frais d'installation et de démarrage de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et des systèmes d'information nationaux.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à
l'assurance maladie

Titre II : Dispositions relatives à l'organisation de l'assurance maladie

Section 4 : Dispositif conventionnel

- Article 57 [modifié par l'article 54-II (ex36bis-II)]

Voir article 871-1 du code de la sécurité sociale

Article 57

I. - Le livre VIII du code de la sécurité sociale est complété par un titre VII ainsi rédigé :

« TITRE VII

« CONTENU DES DISPOSITIFS D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE DE SANTÉ
BÉNÉFICIAIRE D'UNE AIDE

« Art. L. 871-1. - Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, du 1^o quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis et des 15^o et 16^o de l'article 995 du même code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné au respect, par les opérations d'assurance concernées, de règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L. 161-36-2.

« Elles prévoient également la prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 et aux prescriptions de celui-ci. »

II. - Les dispositions de l'article L. 871-1 du même code s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2006.

Toutefois, entrent en vigueur au 1^{er} juillet 2006 :

1^o Les dispositions concernant la prise en charge de prestations liées à la prévention visées au dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale

2^o Les dispositions prévues au I du présent article pour les garanties en cours au 1^{er} janvier 2006 et instituées à titre obligatoire par une convention collective de branche ou un accord collectif professionnel ou interprofessionnel.

III. - Le premier alinéa du 1^o quater de l'article 83 du code général des impôts est complété par les mots : « , à condition, lorsque ces cotisations ou primes financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code ».

IV. - Le deuxième alinéa du I de l'article 154 bis du même code est complété par les mots : « , à condition, lorsque ces cotisations ou primes financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code ».

V. - L'article 995 du même code est ainsi modifié :

1° Au 15°, les mots : « et que » sont remplacés par le mot : « , que ». L'alinéa est complété par les mots : « , que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code » ;

2° Le 16° est complété par les mots : « , que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code ».

VI. - Le huitième alinéa (2°) de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ».

VII. - Après l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, il est inséré un article 9-1 ainsi rédigé :

« Art. 9-1. - Par dérogation à l'article 6, lorsque la participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale pour une spécialité inscrite sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du même code est augmentée, l'organisme peut décider, lors du renouvellement du contrat, que la part supplémentaire laissée à la charge de l'assuré n'est pas remboursée. »

Titre III : Dispositions relatives au financement de l'assurance maladie

- Article 74 [modifié par l'article 21-III (ex15-III)]

I, II, III : Paragraphes modificateurs

IV - Pour le calcul de la contribution due au titre des années 2005, 2006 et 2007 en application du premier alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 1 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article **dans chacun des deux tableaux figurant au même article.**

V. - Pour le calcul de la contribution due au titre des années 2005, 2006 et 2007 en application du premier alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 1 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article.

Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005

Titre IV : dispositions relatives à l'assurance maladie

- Article 23 [modifié par l'article 43-V (ex 30-V)]

Les caisses mentionnées à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale peuvent consentir ~~pendant une durée de deux mois~~ à compter de la date de la mise en oeuvre de la nouvelle classification des prestations prise en application de l'article L. 162-22-6 du même code, même antérieure à la date de publication de la présente loi, des avances de trésorerie aux établissements de santé privés mentionnés au d du même article L. 162-22-6 et aux professionnels de santé exerçant à titre libéral dans ces établissements, ~~en raison de la non-transmission par voie électronique ou de l'impossibilité de traitement des bordereaux de facturation liée à la mise en oeuvre de cette nouvelle classification.~~

Ces avances de trésorerie peuvent être consenties jusqu'au 31 décembre 2005. Elles accompagnent les réforme de la tarification à l'activité et de la classification commune des actes médicaux en remédiant aux difficultés de transmission par voie électronique et aux difficultés de traitement des bordereaux de facturation.

Le montant de ces avances de trésorerie est déduit des sommes dues au titre des factures afférentes aux soins dispensés postérieurement à la mise en oeuvre de cette nouvelle classification.

La charge financière résultant, pour les régimes dont relèvent les caisses susmentionnées, du versement des avances de trésorerie mentionnées au présent article pour le compte des autres régimes est compensée par ces derniers selon les règles prévues par le décret mentionné à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale.