

Code de la sécurité sociale

Partie réglementaire - Décrets simples

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

Titre 1 : Généralités

Chapitre 1 : Organisation de la sécurité sociale.

Section 1 : Dispositions générales.

Article D111-1

La demande d'exemption, conforme au modèle fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture, est adressée à la caisse primaire d'assurance maladie ou à la caisse de mutualité sociale agricole dont relève l'entreprise qui accueille le salarié ou dans laquelle il est employé.

Sont jointes à la demande les pièces justificatives suivantes :

- 1° Une attestation d'assurance vieillesse couvrant la durée de la période d'exemption ;
- 2° Les bulletins de salaire ou, à défaut, une attestation de l'employeur relative à la période minimale de trois mois mentionnée au septième alinéa de l'article L. 111-2-2 ;
- 3° Une déclaration sur l'honneur du salarié ou de l'employeur attestant que le salarié n'a pas été soumis au régime de sécurité sociale d'un Etat auquel s'applique le règlement communautaire de coordination des régimes de sécurité sociale pour la période mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 111-2-2.

Chapitre 3 : Inspection générale.

Article D113-1

Les membres de l'inspection générale de la sécurité sociale exercent le contrôle supérieur de tous les services, caisses, organismes, unions ou fédérations d'organismes et institutions qui participent à l'application des législations de sécurité sociale. Ils proposent, le cas échéant, au ministre chargé du

contrôle des organismes de sécurité sociale, la mise en cause des responsabilités encourues dans le fonctionnement des organismes de sécurité sociale.

Article D113-2

Ils sont chargés d'effectuer les missions et enquêtes d'ensemble sur l'application des législations de sécurité sociale, sur la coordination des différents régimes obligatoires, spéciaux et complémentaires.

Article D113-3

Des membres de l'inspection générale peuvent être mis à la disposition des divers départements ministériels chargés de la tutelle pour effectuer, dans les divers régimes de sécurité sociale, les missions prévues par le plan de contrôle établi chaque année par le comité de coordination.

Article D113-4

Dans le cadre de leur mission et en ce qui concerne l'application des législations de sécurité sociale, les membres de l'inspection générale ont libre accès dans toutes les administrations de l'Etat et collectivités publiques, dans tous les organismes, unions ou fédérations d'organismes, établissements, oeuvres et groupements qui participent au fonctionnement des régimes de sécurité sociale.

Les membres de l'inspection générale ont également libre accès dans tous institutions, oeuvres ou groupements qui ont bénéficié de prêts ou de subventions des organismes de sécurité sociale pour procéder à toute vérification sur l'emploi desdits fonds.

Les administrations, organismes, oeuvres ou groupements sont tenus de prêter leur concours aux membres de l'inspection générale, de leur fournir toutes justifications et tous renseignements utiles et de leur communiquer tous documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Le droit de communication comporte le droit d'obtenir copie.

Article D113-5

L'inspecteur général faisant fonction de chef du service rend compte de l'activité de l'inspection générale par un rapport annuel présenté au président du comité de coordination.

Chapitre 4 : Commissions et conseils

Section 1 : Haut Conseil du financement de la protection sociale

Article D114-0-1

Il est institué, auprès du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'économie, un Haut Conseil du financement de la protection sociale.

Au regard des évolutions économiques, sociales et démographiques, et à la lumière des expériences étrangères, le Haut Conseil mène des travaux sur les moyens d'assurer, pour la protection sociale, en cohérence avec les prestations qu'elle couvre, un financement pérenne, favorable au développement et à la compétitivité de l'économie française, compatible avec les impératifs de solidarité et d'équilibre des finances sociales, dans le respect de la trajectoire des finances publiques.

Le Haut Conseil a pour mission :

- 1° De dresser un état des lieux du système de financement de la protection sociale, d'analyser ses caractéristiques et ses changements ;
- 2° D'évaluer les évolutions possibles de ce système de financement ;
- 3° D'examiner l'efficacité des règles de gouvernance et d'affectation des recettes de l'ensemble du système de protection sociale de manière à assurer son équilibre pérenne ;
- 4° De formuler, le cas échéant, des recommandations et des propositions de réforme.

Le Haut Conseil peut, en outre, être saisi de toute question par le Premier ministre, le ministre chargé de la sécurité sociale ou le ministre chargé de l'économie.

Article D114-0-2

I. # Le Haut Conseil est composé de quarante-cinq membres répartis comme suit :

1° Seize membres représentant les assurés sociaux et les employeurs :

- a) Deux représentants désignés par la Confédération générale du travail (CGT) ;
- b) Deux représentants désignés par la Confédération française démocratique du travail (CFDT) ;
- c) Deux représentants désignés par la Confédération générale du travail-Force ouvrière (CGT-FO) ;
- d) Un représentant désigné par la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) ;
- e) Un représentant désigné par la Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres (CFE-CGC) ;
- f) Trois représentants désignés par le Mouvement des entreprises de France (MEDEF) ;
- g) Un représentant désigné par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME) ;
- h) Un représentant désigné par l'Union professionnelle artisanale (UPA) ;
- i) Un représentant désigné par la Caisse nationale du régime social des indépendants (RSI) parmi les membres de son conseil d'administration ayant la qualité de commerçant ;
- j) Un représentant désigné par la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA) ;
- k) Un représentant désigné par l'Union nationale des professions libérales (UNAPL) ;

2° Deux députés et deux sénateurs ;

3° Huit représentants de l'Etat :

- a) Le directeur de la sécurité sociale ;
- b) Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ;
- c) Le directeur général des finances publiques ;
- d) Le directeur de la législation fiscale ;
- e) Le directeur du budget ;
- f) Le directeur général du Trésor ;
- g) Le directeur de l'animation de la recherche, des études et des statistiques ;
- h) Le directeur général du Centre d'analyse stratégique ;

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

5° Le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le président du Conseil d'orientation des retraites, le président délégué du Haut Conseil de la famille, le président du Conseil d'orientation pour l'emploi ;

6° Douze personnalités qualifiées désignées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en raison de leur compétence ou de leur expérience dans les domaines relevant des attributions du Haut Conseil.

II. # Le président et le vice-président du Haut Conseil sont désignés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale parmi les membres mentionnés au 6° du I.

III. # Les désignations prévues au 2° sont renouvelées après chaque élection générale en ce qui concerne les députés et après chaque renouvellement triennal du Sénat en ce qui concerne les sénateurs.

Article D114-0-3

Sauf dispositions législatives contraires, les administrations de l'Etat, les établissements publics de l'Etat et les organismes de sécurité sociale sont tenus de communiquer au Haut Conseil les éléments d'information et les études dont ils disposent et qui apparaissent nécessaires à ce conseil pour l'exercice de ses missions. Le Haut Conseil leur fait connaître ses besoins afin qu'ils soient pris en compte dans les programmes de travaux statistiques et d'études de ces administrations, établissements ou organismes.

Article D114-0-4

Le Haut Conseil est assisté d'un secrétaire général nommé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le secrétaire général assure, sous l'autorité du président, l'organisation des travaux du conseil ainsi que l'établissement des rapports.

Article D114-0-5

Les crédits nécessaires au fonctionnement du Haut conseil sont inscrits au budget du ministre chargé des comptes de la sécurité sociale.

Section 3 : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Article D114-1

La commission des comptes de la sécurité sociale, placée sous la présidence du ministre chargé de la sécurité sociale, comprend, en outre :

1° Quatre membres de l'Assemblée nationale et quatre membres du Sénat désignés respectivement par le président de l'Assemblée nationale et par le président du Sénat ;

2° Un membre du Conseil économique, social et environnemental désigné par le président du Conseil économique, social et environnemental ;

3° Un magistrat de la Cour des comptes désigné par le premier président de la Cour des comptes ;

4° Douze représentants des organisations professionnelles syndicales et sociales désignés à raison de :

a) Cinq par les organisations syndicales les plus représentatives des salariés ;

b) Trois par le conseil national du patronat français ;

c) Un par la confédération générale des petites et moyennes entreprises ;

d) Un par la fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles ;

e) Un par l'assemblée permanente des chambres de métiers et de l'artisanat de région ;

f) Un par l'union nationale des associations familiales.

5° a) Le président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

b) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

c) Le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles prévue à l'article L. 221-4 ;

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

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

- f) Le président du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole ;
 - g) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ;
 - h) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants ;
 - i) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ;
 - j) La commission comprend en outre un représentant des régimes autres que ceux énumérés ci-dessus, désigné après entente entre les présidents des caisses et institutions intéressés ou, à défaut, par le ministre chargé de la sécurité sociale ;
 - k) Le président du conseil d'administration du Fonds de solidarité vieillesse ;
 - l) Le président du conseil d'administration de l'Association des régimes de retraites complémentaires ;
 - m) Le président du conseil d'administration de l'Association générale des institutions de retraites des cadres ;
 - n) Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;
- 6° Le président du Centre national des professions de santé ainsi que cinq représentants des organisations professionnelles de médecins et trois représentants des établissements de soins désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale ;
- 7° Sept personnalités qualifiées désignées pour leur compétence particulière par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D114-2

Le secrétaire général permanent assure l'organisation des travaux ainsi que l'établissement du rapport prévu à l'article D. 114-3. Il fait appel à cette fin aux services du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D114-3

La commission se réunit au moins deux fois par an, à l'initiative de son président.

La commission est réunie une première fois entre le 15 avril et le 15 juin et traite des comptes du régime général de sécurité sociale.

La seconde réunion se déroule entre le 15 septembre et le 15 octobre. Les comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale y sont présentés à la commission et analysés par elle.

Elle reçoit communication des comptes des régimes de sécurité sociale établis pour l'année antérieure et des comptes prévisionnels établis pour l'année en cours et l'année suivante par les directions compétentes des ministères concernés, qui assistent aux séances de la commission.

La commission prend en outre connaissance des comptes définitifs et prévisionnels, établis dans les mêmes conditions, des régimes complémentaires de retraites rendus obligatoires par la loi.

Le secrétaire général permanent établit un rapport qui est exposé à la commission et transmis au Gouvernement en vue de sa présentation au Parlement.

La commission peut créer, en son sein, des groupes de travail sur des thèmes déterminés.

Elle peut faire participer à ses travaux les experts de son choix et procéder à toute audition qu'elle jugera utile.

Article D114-4

Il est alloué une indemnité forfaitaire mensuelle au secrétaire général permanent et aux autres membres du comité d'alerte.

Le secrétaire général permanent peut faire appel à des rapporteurs extérieurs qui perçoivent pour leurs travaux des vacations dont le nombre est fixé par le secrétaire général permanent selon l'importance des travaux effectués.

Le taux unitaire des vacations est fixé à 1/1 000 du traitement brut annuel afférent à l'indice brut 494 soumis à retenue pour pension.

Ces vacations sont exclusives de toute autre rémunération pour travaux effectués pour le compte du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le montant de l'indemnité allouée au secrétaire général permanent et aux autres membres du comité d'alerte et le nombre maximum annuel de vacations susceptibles d'être allouées à un même rapporteur extérieur, en application du présent article, sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de la fonction publique.

Section 4 : Conseil d'orientation des retraites

Article D114-4-0-1

Le Conseil d'orientation des retraites est placé auprès du Premier ministre. Il remet un rapport au Premier ministre au moins une fois tous les deux ans. Préalablement à l'élaboration des rapports prévus au II et au IV de l'article 5 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, le Conseil d'orientation des retraites remet un rapport d'ensemble analysant la situation des régimes de retraite. Ces rapports sont communiqués au Parlement et rendus publics.

Article D114-4-0-2

Outre son président, le Conseil d'orientation des retraites est composé de trente-huit membres répartis comme suit :

1° Quatre députés et quatre sénateurs, respectivement désignés par l'Assemblée nationale et par le Sénat ;

2° Seize représentants des organisations professionnelles et syndicales :

a) Deux représentants désignés par la Confédération générale du travail (CGT) ;

b) Deux représentants désignés par la Confédération française démocratique du travail (CFDT) ;

c) Deux représentants désignés par la Confédération générale du travail-Force ouvrière (CGT-FO) ;

d) Un représentant désigné par la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) ;

e) Un représentant désigné par la Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres (CFE-CGC) ;

f) Deux représentants désignés par le Mouvement des entreprises de France (MEDEF) ;

g) Un représentant désigné par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME) ;

h) Un représentant désigné par l'Union professionnelle artisanale (UPA) ;

i) Un représentant désigné par la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA) ;

j) Un représentant désigné par l'Union nationale des professions libérales (UNAPL) ;

k) Un représentant désigné par la Fédération syndicale unitaire (FSU) ;

l) Un représentant désigné par l'Union des fédérations de fonctionnaires (UNSA) ;

3° Le président de l'Union nationale des associations familiales (UNAF) ou son représentant ;

4° Le vice-président du Comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA) ou son représentant ;

5° Six représentants de l'Etat :

a) Le directeur général du Centre d'analyse stratégique ;

b) Le directeur général de l'administration et de la fonction publique ;

c) Le directeur de la sécurité sociale ;

d) Le directeur du budget ;

e) Le délégué général à l'emploi et à la formation professionnelle ;

f) Le directeur de la prévision ;

6° Six personnalités choisies en raison de leur compétence et de leur expérience.

Les membres du Conseil d'orientation des retraites mentionnés aux 2° et 6° sont nommés par arrêté du Premier ministre pour une durée de quatre ans. Celui-ci désigne parmi les membres mentionnés au 6° celui qui assure la suppléance du président du conseil en cas d'empêchement de ce dernier.

Les membres mentionnés au 5° désignent un suppléant ayant au moins rang de sous-directeur.

Toute personne ayant perdu la qualité en raison de laquelle elle a été nommée cesse d'appartenir au conseil. Les membres mentionnés aux 2° et 6° sont, dans ce cas, remplacés par une personne désignée pour la durée du mandat restant à courir. En outre, les désignations prévues au 1° sont renouvelées après chaque élection générale à l'Assemblée nationale en ce qui concerne les députés et après chaque renouvellement triennal du Sénat en ce qui concerne les sénateurs.

Article D114-4-0-3

Le Conseil d'orientation des retraites se réunit sur convocation de son président.

Article D114-4-0-4

Le Conseil d'orientation des retraites est assisté par un secrétaire général nommé par le Premier ministre. Le secrétaire général assure sous l'autorité du président l'organisation des travaux du conseil ainsi que l'établissement de ses rapports et la préparation de ses avis prévus au 4° de l'article L. 114-2.

Section 5 : Commission de compensation

Article D114-4-0-4-1

Les membres de la commission représentant un régime entrant dans le champ d'application de l'article L. 134-1 sont désignés d'un commun accord par le président et le directeur ou le directeur général de la caisse nationale gérant ce régime. Sont désignés un représentant titulaire et un représentant suppléant par branche du régime. Lorsqu'un régime ne relève pas d'une caisse nationale, ces représentants sont désignés par le gestionnaire du régime.

Sont également membres de la commission le directeur de la sécurité sociale et le directeur du budget.

Chaque ministre assurant la tutelle de l'un des régimes mentionnés au premier alinéa peut se faire représenter et contribuer aux travaux de la commission.

Tout projet d'arrêté d'acomptes de compensation est transmis au président de la commission, qui peut éventuellement décider de réunir la commission pour avis, dans un délai de dix jours après réception du projet d'arrêté.

Les régimes transmettent chaque année, au secrétariat de la commission, un rapport explicatif sur les données qu'ils ont fournies pour le calcul des transferts définitifs. Le secrétariat de la commission peut se faire communiquer toute information nécessaire à l'accomplissement par la commission de sa mission de contrôle.

La commission est saisie pour avis par le ministre chargé de la sécurité sociale des projets de mesures législatives ou réglementaires modifiant les règles de calcul des compensations définies à l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale.

L'avis doit être notifié au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget dans le délai de trente jours à compter de la date de réception du projet de mesure législative ou réglementaire par le président de la commission de compensation.

Toutefois, en cas d'urgence invoquée dans la lettre de saisine, ce délai est réduit à quinze jours.

A défaut de notification au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget d'un avis dans les délais fixés, l'avis est réputé rendu.

Les délais fixés sont des délais francs. Lorsque le premier jour d'un de ces délais est un jour férié ou un samedi, le délai ne court qu'à compter du premier jour ouvrable qui suit le jour férié ou le samedi.

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

Article D114-4-0-5

Le comité d'alerte prévu à l'article L. 114-4-1 peut faire participer à ses travaux les experts de son choix et procéder à toute audition qu'il jugera utile.

Article D114-4-0-6

Les services de l'Etat, les établissements publics de l'Etat et les organismes de sécurité sociale sont tenus de communiquer au comité d'alerte les éléments d'information et les études dont ils disposent utiles à l'exercice de sa mission.

Article D114-4-0-7

Le seuil prévu à l'article L. 114-4-1 est fixé à 0,75 %.

Les caisses nationales d'assurance maladie disposent d'un délai d'un mois à compter de la notification par le comité d'alerte d'un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour proposer des mesures de redressement.

Le comité d'alerte dispose d'un délai de quinze jours à compter de la transmission des mesures de redressement par les caisses nationales d'assurance maladie ou, le cas échéant, l'Etat pour rendre un

avis sur l'impact financier de ces mesures.

Article D114-4-0-8

Le secrétaire général permanent de la commission des comptes de la sécurité sociale organise les travaux du comité d'alerte. Il fait appel à cette fin aux services du ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 8 : Commission de garantie des retraites

Article D114-4-0-9

Au vu des données mentionnées au dernier alinéa du I de l'article 5 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, qui lui sont transmises par le directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques, respectivement avant les 1er septembre 2007, 2011 et 2015, la Commission de garantie des retraites rend, respectivement avant les 1er novembre 2007, 2011 et 2015, l'avis prévu au troisième alinéa de l'article L. 114-4.

Article D114-4-0-10

La Commission de garantie des retraites se réunit sur convocation de son président.

Article D114-4-0-11

Les administrations de l'Etat et le Conseil d'orientation des retraites communiquent à la Commission de garantie des retraites, sur sa demande, les études et éléments d'information dont ils disposent.

La commission peut procéder à des auditions. Elle peut décider d'en rendre la teneur publique.

Article D114-4-0-12

Les avis de la Commission de garantie des retraites sont adoptés à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Les avis de la commission sont publiés au Journal officiel de la République française.

Article D114-4-0-13

Le secrétaire général du Conseil d'orientation des retraites assure le secrétariat de la Commission de garantie des retraites.

Section 9 : Comité de pilotage des régimes de retraite

Article D114-4-0-14

Le comité de pilotage des régimes de retraite prévu à l'article L. 114-4-2 est présidé par le ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant.

Outre son président, le comité comprend le ministre chargé du budget, le ministre chargé de la fonction publique, le ministre chargé de l'agriculture ou leurs représentants, ainsi que quarante-cinq membres répartis comme suit :

1° Les quatre députés et les quatre sénateurs membres du Conseil d'orientation des retraites ;

2° Le président du Conseil d'orientation des retraites ;

3° Trois autres personnalités choisies à raison de leur compétence et de leur expérience dans les domaines relevant des attributions du comité ;

4° Seize représentants des organisations professionnelles et syndicales :

a) Deux représentants désignés par la Confédération générale du travail (CGT) ;

b) Deux représentants désignés par la Confédération française démocratique du travail (CFDT) ;

c) Deux représentants désignés par la Confédération générale du travail-Force ouvrière (CGT-FO) ;

d) Un représentant désigné par la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) ;

e) Un représentant désigné par la Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres (CFE-CGC) ;

f) Deux représentants désignés par le Mouvement des entreprises de France (MEDEF) ;

g) Un représentant désigné par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME) ;

h) Un représentant désigné par l'Union professionnelle artisanale (UPA) ;

i) Un représentant désigné par la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA) ;

j) Un représentant désigné par l'Union nationale des professions libérales (UNAPL) ;

k) Un représentant désigné par la Fédération syndicale unitaire (FSU) ;

l) Un représentant désigné par l'Union des fédérations de fonctionnaires (UNSA) ;

5° Huit représentants des régimes de retraite légalement obligatoires :

a) Le directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse ;

b) Le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ;

c) Le directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;

d) Le directeur général de l'Association générale des institutions de retraite des cadres et de

l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés ;

e) Le directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ;

f) Le directeur du service des retraites de l'Etat ;

g) Le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations, au titre de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et de l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques ;

h) Un directeur d'une caisse ou d'un organisme gestionnaire d'un des régimes de retraite dont le nombre de cotisants, mentionné dans le dernier rapport adopté par la commission des comptes de la sécurité sociale lors de la réunion mentionnée au troisième alinéa de l'article D. 114-3, est inférieur à 500 000 ;

6° Neuf représentants de l'Etat :

a) Le directeur de la sécurité sociale ;

b) Le directeur du budget ;

c) Le délégué général à l'emploi et à la formation professionnelle ;

d) Le directeur général de l'administration et de la fonction publique ;

e) Le directeur général du travail ;

f) Le directeur général du Trésor ;

g) Le directeur du service des affaires financières, sociales et logistiques ;

h) Le directeur de l'animation de la recherche, des études et des statistiques ;

i) Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ;

Les membres du comité de pilotage des régimes de retraite mentionnés au 3°, au 4° et au h du 5° sont nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pour une durée de trois ans.

Les membres du comité mentionnés aux 3° et 4° perçoivent une indemnité forfaitaire pour chaque présence effective aux séances du comité dans des conditions fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article D114-4-0-15

Le comité suit la réalisation des objectifs de l'assurance vieillesse mentionnés à l'article L. 161-17 A au moyen d'indicateurs qu'il définit.

Article D114-4-0-16

Le secrétariat du comité est assuré par la direction de la sécurité sociale qui prépare les réunions du comité en lien avec le secrétaire général du Conseil d'orientation des retraites.

Chapitre 4 bis : Organisation comptable

Article D114-4-1

Le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale mentionné à l'article L. 114-5 est approuvé par arrêté conjoint des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

Article D114-4-2

I.-Les agents comptables des organismes nationaux, après avoir centralisé les balances mensuelles des organismes de base, et les agents comptables des organismes à compétence nationale adressent à la mission comptable permanente, suivant un calendrier fixé par arrêté, la balance mensuelle des branches ou régimes qu'ils gèrent ainsi que la balance de fin d'exercice avant et après inventaire.

II.-Les agents comptables des organismes de base de sécurité sociale, après avoir établi les comptes annuels, les transmettent, à fin de validation, aux agents comptables des organismes nationaux chargés de leur centralisation, selon un calendrier fixé par ces derniers.

Les comptes annuels des organismes de sécurité sociale mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 114-6 sont constitués par le compte de résultat, le bilan et l'annexe.

Les comptes combinés annuels des organismes de sécurité sociale mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 114-6 sont constitués par la combinaison, selon des modalités appropriées, du compte de l'organisme national concerné, des comptes des organismes de base ainsi que de ceux des autres organismes compris dans le périmètre de combinaison, conformément à la norme arrêtée en la matière après avis du Haut Conseil et de l'Autorité des normes comptables. Ils comportent un bilan combiné, un compte de résultat combiné et une annexe.

La validation, effectuée par l'agent comptable national, consiste à attester que les comptes annuels des organismes locaux sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de leur résultat, de leur situation financière et de leur patrimoine.

Les contrôles de l'agent comptable national sont effectués selon les modalités fixées par un référentiel commun de validation des comptes dont les principes sont approuvés par arrêté conjoint des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture, après avis du Haut Conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale.

Le rapport de validation présente les conclusions de l'agent comptable national sur la tenue des comptes. Après en avoir pris connaissance, le directeur de l'organisme national y appose son visa.

Ce rapport comporte deux parties : l'une relative à l'opinion de l'agent comptable national sur les comptes annuels des organismes locaux, l'autre constituée par le compte rendu des vérifications effectuées et complétée des informations utiles pour l'appréciation du dossier.

L'agent comptable de l'organisme national transmet son avis sur les comptes annuels de chaque organisme local, après visa par le directeur ou le directeur général de l'organisme national, au directeur et à l'agent comptable de l'organisme concerné.

Le rapport de validation est transmis au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes, ainsi qu'au ministre chargé de l'agriculture pour ce qui concerne les comptes des régimes de protection sociale agricole.

Ce dispositif est mis en oeuvre à compter des comptes de l'exercice 2006.

III.-Les agents comptables des organismes nationaux, après avoir centralisé et validé les comptes annuels des organismes de base, établissent les comptes combinés annuels. A cette fin, ils opèrent les corrections ou compléments d'écritures comptables nécessaires. L'agent comptable national les notifie à l'agent comptable local, qui les intègre dans ses comptes.

Les agents comptables des organismes à compétence nationale établissent les comptes annuels.

Les comptes annuels ou les comptes combinés annuels visés par le directeur sont transmis à la mission comptable permanente qui les diffuse au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé de l'agriculture, à la Cour des comptes et aux autres destinataires habilités à cet effet.

IV.-Des tableaux de centralisation des données comptables, établis par branche ou régime, sont transmis à la mission comptable permanente instituée au II de l'article D. 114-4-3, qui les communique à la Commission des comptes de la sécurité sociale prévue à l'article D. 114-1 et aux autres destinataires habilités à cet effet.

V.-Les documents mentionnés aux II, III et IV sont transmis sous la forme et dans les conditions fixées par arrêté.

Article D114-4-3

I.-Il est créé un Haut Conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, placé auprès du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, chargé notamment de fixer des orientations et de superviser l'ensemble des travaux de la mission visée au II ci-après, de donner un avis sur toute proposition de modification du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale, de présenter toutes recommandations nécessaires pour améliorer la lisibilité et la production des comptes des organismes de sécurité sociale. Il élabore un rapport annuel qui est communiqué au Parlement en vue d'améliorer son information sur les principes et les règles qui régissent les comptes des organismes de sécurité sociale.

Ce Haut Conseil est composé des membres suivants :

- 1° Un magistrat de la Cour des comptes ;
- 2° Le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale ;
- 3° Le président de l'Autorité des normes comptables ou son représentant ;
- 4° Le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;
- 5° Le directeur du budget ou son représentant ;
- 6° Le directeur général des finances publiques ou son représentant ;
- 7° Le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi ou son représentant ;
- 8° Un représentant du contrôle général, économique et financier ;
- 9° Un membre de l'inspection générale des affaires sociales ;
- 10° Un membre de l'inspection générale des finances ;
- 11° Un directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant ;
- 12° Un trésorier-payeur général ou son représentant ;
- 13° Un chef de service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles ou son représentant ;

14° De représentants de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale du régime social des indépendants, de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et du Fonds de solidarité vieillesse ; chaque organisme désigne deux représentants occupant au moins des fonctions égales à celles de directeur adjoint ou d'agent comptable ;

15° Trois représentants des autres organismes de sécurité sociale désignés conjointement par les divers régimes ;

16° Trois personnes qualifiées, dont une désignée par le ministre chargé du budget et deux désignées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Le président du Haut Conseil est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale. La durée du mandat du président et des personnalités qualifiées est de six ans.

Le vice-président du Haut Conseil est le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Les fonctions de membres du Haut Conseil sont gratuites.

Le Haut Conseil se réunit au moins deux fois par an. Il peut, en outre, se réunir à l'initiative de son président.

Le secrétariat du Haut Conseil est assuré par la mission comptable permanente visée au II ci-après.

II.-Il est créé une mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale rattachée pour sa gestion administrative aux services du ministre chargé de la sécurité sociale. Cette mission interministérielle est notamment chargée, en liaison avec les services concernés des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture, d'organiser les travaux nécessaires aux arrêtés des comptes annuels, de centraliser les comptes annuels et infra-annuels des organismes de sécurité sociale et de s'assurer de leur qualité, de mettre les informations comptables à disposition des destinataires habilités à cet effet, de proposer toute évolution jugée nécessaire du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale, de saisir l'Autorité des normes comptables en tant que de besoin, de veiller à l'exacte application des principes comptables par les organismes de sécurité sociale.

La mission peut faire tout commentaire et porter toute appréciation jugée nécessaire sur la qualité des comptes produits par les organismes de sécurité sociale.

Elle prépare le rapport annuel du Haut Conseil.

Le secrétaire général de la mission est nommé, sur proposition du ministre chargé de la sécurité sociale, par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.

Il reçoit délégation du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale à l'effet de signer tous actes de gestion courante nécessaires à l'exécution de ses missions.

Il est habilité à rédiger et signer des conventions, valant cahier des charges, avec les administrations, services, corps de contrôle ou organismes de sécurité sociale, relatives au contenu des données comptables annuelles et infra-annuelles, leur transmission, leur réception et leur diffusion. Les modalités de contrôles à mettre en oeuvre pour s'assurer de la fiabilité des données comptables transmises et de leur confidentialité sont annexées à ces conventions.

Les crédits nécessaires au fonctionnement de la mission sont inscrits au budget du ministre chargé

de la sécurité sociale.

Article D114-4-4

Les produits et les charges de toute nature sont rattachés à l'exercice au cours duquel est intervenu le fait générateur qui leur a donné naissance dans les conditions prévues par le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale mentionné à l'article D. 114-4-1.

Article D114-4-5

La certification des comptes des organismes nationaux de sécurité sociale par les commissaires aux comptes porte sur les comptes annuels et, le cas échéant, sur les comptes combinés annuels tels que définis au deuxième alinéa du II de l'article D. 114-4-2.

Les commissaires aux comptes exercent leur mission dans les conditions prévues au titre II du livre VIII du code de commerce relatif aux commissaires aux comptes, sous réserve des adaptations résultant des règles propres à ces organismes.

Les commissaires aux comptes sont nommés dans les conditions prévues à l'article L. 823-1 du code de commerce.

Un ou plusieurs commissaires aux comptes suppléants, appelés à remplacer les titulaires en cas de refus, d'empêchement, de démission ou de décès sont désignés dans les mêmes conditions.

Les commissaires aux comptes portent à la connaissance du conseil ou du conseil d'administration, du directeur et de l'agent comptable, dans le cadre de leurs compétences respectives et selon un calendrier fixé en conséquence, les documents et informations prévus à l'article L. 823-16 du code de commerce.

Les comptes annuels ou les comptes combinés annuels sont transmis, accompagnés du rapport du commissaire aux comptes, aux autorités administratives compétentes et, pour information, à la Cour des comptes. Cette transmission intervient avant le 1er juin qui suit la fin de l'exercice et quarante-cinq jours au plus tôt après leur réception par les commissaires aux comptes.

Chapitre 4 ter : Contrôle et lutte contre la fraude

Article D114-5

Le seuil mentionné au troisième alinéa de l'article L. 114-9 est fixé comme suit :

a) Pour les prestations des branches maladie et accidents du travail et maladies professionnelles, trois fois le montant du plafond mensuel de la sécurité sociale applicable au moment des faits ou, lorsqu'elle s'est répétée, à la date du début de la fraude ;

b) Pour les prestations des branches famille et vieillesse, quatre fois le plafond mensuel de la

sécurité sociale applicable au moment des faits ou, lorsqu'elle s'est répétée, à la date du début de la fraude ;

c) Pour le recouvrement des cotisations et contributions, huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale applicable au moment des faits ou, lorsqu'elle s'est répétée, à la date du début de la fraude.

Chapitre 5 : Dispositions diverses

Section 1 : Titres et documents attestant de la régularité du séjour et du travail des ressortissants étrangers

Article D115-1

Les titres de séjour ou documents mentionnés à l'article L. 115-6 sont les suivants :

1° Carte de résident ;

2° Carte de séjour temporaire ;

3° Certificat de résidence de ressortissant algérien ;

4° Récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci-dessus ;

5° Récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de trois mois renouvelable portant la mention :

" reconnu réfugié " ;

6° Récépissé de demande de titre de séjour portant la mention :

" étranger admis au titre de l'asile " d'une durée de validité de six mois, renouvelable ;

7° Récépissé constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugié portant la mention : " a demandé le statut de réfugié " d'une validité de trois mois, renouvelable ;

8° Autorisation provisoire de travail pour les personnes séjournant en France sous couvert d'un visa de séjour d'une durée égale ou inférieure à trois mois, ou, pour celles qui ne sont pas soumises à visa et qui sont sur le territoire français, pour une durée inférieure à trois mois ;

9° Autorisation provisoire de séjour accompagnée d'une autorisation provisoire de travail ;

10° Paragraphe supprimé

11° Le passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour ;

12° Contrat de travail saisonnier visé par la direction départementale du travail et de l'emploi ;

13° Récépissé de demande de titre de séjour portant la mention :

" il autorise son titulaire à travailler " ;

14° Carte de frontalier.

Article D115-2

L'affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale résultant de l'exercice d'une activité professionnelle est subordonnée à la production d'un des titres ou documents visés à l'article D. 115-1 attestant de la régularité de cet exercice.

Partie réglementaire - Décrets simples

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

Titre 2 : Administration, fonctionnement et personnel des organismes

Chapitre 2 : Directeur et agent comptable

Section 1 : Dispositions générales.

Article D122-1

L'agent comptable est l'agent de direction chargé de l'ensemble des opérations financières et comptables de l'organisme ; il est placé sous l'autorité administrative du directeur.

L'agent comptable peut se voir confier par le directeur de cet organisme ou par le directeur de l'organisme national dont relève cet organisme toute mission compatible avec ses attributions.

Article D122-2

L'agent comptable d'un organisme de sécurité sociale est responsable de l'encaissement des recettes, du paiement des dépenses, des opérations de trésorerie, de la conservation des fonds et valeurs appartenant à l'organisme, du maniement des fonds, des mouvements de comptes de disponibilités et de la justification de ses opérations comptables, ainsi que de l'exacte concordance entre les résultats de ses opérations et de la position de ses comptes de disponibilités.

L'agent comptable est responsable du recouvrement amiable des créances, à l'exception des cotisations.

Il est tenu de définir et d'assurer les contrôles en matière de recettes, de dépenses et de patrimoine. Il définit et contrôle les modalités de conservation et de mise à disposition des pièces justificatives, quel que soit leur support, en respectant les préconisations de l'organisme national.

L'agent comptable assure la conservation des fonds et valeurs de l'organisme :

1° Le numéraire ;

2° Les effets bancaires ;

3° Les titres nominatifs au porteur ou à ordre et les valeurs acquises par l'organisme.

Ils sont suivis en comptabilité par nature d'opération. La position de ces comptes doit être conforme à l'inventaire des fonds et valeurs détenus par l'organisme.

Les excédents sont acquis à l'organisme à l'expiration des délais de prescription.

L'agent comptable a qualité pour recevoir, détenir et conserver les titres de propriété et les titres de créances.

Article D122-3

L'agent comptable vérifie la régularité des ordres de recettes établis et signés par le directeur.

Article D122-4

L'agent comptable vérifie la régularité des ordres de dépenses établis et signés par le directeur.

Pour l'ensemble des opérations de l'organisme, cette vérification porte sur les points suivants :

1° La qualité du signataire ou de son délégué ;

2° La validité de la créance ;

3° Le caractère libératoire du règlement.

Pour la gestion budgétaire, cette vérification porte en outre sur la disponibilité des crédits, l'exacte imputation de la dépense et l'exécution du service.

Le contrôle de la validité de la créance a pour objet de vérifier, conformément à l'acte d'engagement, les droits des créanciers ou la réalité soit des fournitures livrées, soit des services accomplis par le créancier et l'exactitude des calculs de liquidation établis par le directeur.

Article D122-5

L'agent comptable qui, à l'occasion des vérifications auxquelles il est tenu, constate une irrégularité doit surseoir au paiement et en aviser le directeur de la caisse ou le tiers pour le compte duquel l'organisme gère des prestations.

Lorsque l'agent comptable a suspendu le paiement des dépenses, le directeur peut, par écrit et sous sa responsabilité, requérir l'agent comptable de payer.

La réquisition de paiement a pour effet d'engager la responsabilité personnelle et pécuniaire du directeur. La responsabilité du directeur est mise en cause dans les conditions fixées aux articles D. 122-11 à D. 122-18.

Article D122-6

Lorsque le directeur a requis l'agent comptable de payer, celui-ci défère à la réquisition, annexe à l'ordre de dépense l'original de la réquisition et en rend compte au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 ou, pour les organismes de mutualité sociale agricole, du service mentionné à l'article R. 155-2 et à l'organisme national défini à l'article D. 122-13. Il doit refuser de déférer à l'ordre de réquisition lorsque la suspension de paiement est motivée par :

1° Une opposition faite entre les mains de l'agent comptable ;

2° La contestation sur la validité de la créance ;

3° L'absence de service fait ;

4° L'absence ou l'insuffisance de crédits ;

5° La suspension ou l'annulation de la décision du conseil ou du conseil d'administration par application des articles L. 151-1 et L. 152-1 qui lui a été notifiée.

Article D122-7

Sous réserve de leur compétence respective, le directeur et l'agent comptable conçoivent et mettent en place, en commun, un dispositif de contrôle interne respectant les préconisations de l'organisme national et permettant de maîtriser les risques, notamment financiers, directs et indirects, inhérents aux missions confiées aux organismes de sécurité sociale.

Ce dispositif respecte les instructions et les modalités de contrôle interne définies par l'organisme national dans le cadre du référentiel de validation des comptes prévu au II de l'article D. 114-4-2.

Article D122-8

Pour l'application des articles D. 122-1 à D. 122-4, l'agent comptable établit un plan de contrôle qu'il communique à l'organisme national. Ce plan de contrôle s'insère dans le dispositif de contrôle interne de l'organisme et respecte les instructions définies par l'organisme national.

Il fixe notamment :

- a) les procédures de vérification des opérations de dépenses et de recettes des gestions techniques et budgétaires ;
- b) les modalités de contrôle des données ou pièces justificatives ;
- c) la hiérarchie des contrôles par nature des opérations, ceux-ci pouvant ne pas être exhaustifs ;
- d) les contrôles globaux du domaine informatique, mentionnés à l'article D. 122-9.

Article D122-9

Dès lors que l'organisme fait appel à des procédures informatisées, l'agent comptable doit veiller à la mise en oeuvre d'un dispositif de contrôle permettant de prévenir les fraudes et les erreurs, compte tenu de spécificités propres à chaque organisme.

Il est tenu d'exercer les vérifications correspondant aux objectifs généraux de fiabilité et de sécurité et portant sur les points suivants :

- 1° Habilitation des personnes autorisées à saisir ou manipuler des données utilisées pour les calculs de liquidation de droits ;
- 2° Justification des données saisies ou traitées par des pièces ou supports répondant aux conditions de forme et de régularité prévues par les dispositions en vigueur ;
- 3° Détection des fraudes et des risques majeurs liés au traitement automatique des informations ;
- 4° Traitement de données justifiées et d'elles seules ;
- 5° Contrôle des sécurités physiques et logiques destinées à assurer le respect des règles d'accès aux systèmes informatiques et la sauvegarde des programmes et des fichiers ;
- 6° Contrôle des sécurités physiques et logiques destinées à assurer l'intégrité des fichiers, des données et des échanges.

Article D122-10

L'agent comptable doit appliquer les programmes informatiques nationaux validés conjointement par le directeur et l'agent comptable de l'organisme national.

La vérification périodique, par sondage, de la fiabilité des moyens informatiques dispense l'agent comptable de vérifier systématiquement l'exactitude matérielle des calculs. Toutefois, il doit pouvoir justifier que des vérifications sont régulièrement effectuées, notamment en cas de changement de procédures entraînant des modifications dans les calculs.

L'agent comptable a la possibilité de refuser la mise en place d'applications informatiques qui ne respectent pas les règles édictées par la présente section.

Il informe par écrit le directeur des raisons justifiant sa position.

Le directeur peut décider de passer outre ce refus ; dans ce cas, il notifie, par écrit, sa décision à l'agent comptable.

L'agent comptable transmet une copie de cette décision à l'organisme national dont il relève.

Le directeur et l'agent comptable de l'organisme national peuvent donner délégation au directeur et à l'agent comptable d'un organisme local pour valider des programmes informatiques. Ces programmes doivent être appliqués dans les mêmes conditions que ceux visés au premier alinéa.

L'agent comptable de l'organisme national ou de l'organisme local doit participer à la maîtrise d'ouvrage des applications informatiques qui touchent aux opérations financières et comptables au niveau qui le concerne.

Si, pour des besoins particuliers, il est nécessaire de mettre en oeuvre des programmes locaux, les applications réalisées localement sont validées conjointement par le directeur et l'agent comptable de l'organisme ; un procès-verbal de validation, dressé contradictoirement, est adressé à la caisse nationale.

Section 2 : Responsabilité personnelle et pécuniaire.

Article D122-11

En application de l'article L. 122-2, l'agent comptable est personnellement et pécuniairement responsable des opérations suivantes :

- 1° L'encaissement des recettes ;
- 2° Le paiement des dépenses ;
- 3° Les opérations de trésorerie ;
- 4° La conservation des fonds et valeurs appartenant à l'organisme ;
- 5° Le maniement des fonds et des mouvements de comptes de disponibilités ;
- 6° Le recouvrement amiable des créances, à l'exception des cotisations.

Article D122-12

Le délai prévu au premier alinéa de l'article L. 122-3 est fixé à six mois.

Il est renouvelé une fois sur la demande présentée aux autorités d'installation par l'agent comptable entrant avant l'expiration du délai.

Article D122-13

La responsabilité personnelle et pécuniaire de l'agent comptable d'un organisme de sécurité sociale peut être mise en jeu par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 ou, pour les organismes de mutualité sociale agricole, du service mentionné à l'article R. 155-2.

Les responsables visés au premier alinéa peuvent engager la responsabilité notamment après un contrôle qu'ils ont diligenté ou sur saisine de la Cour des comptes.

Lorsqu'il s'agit de l'agent comptable d'un organisme local relevant d'un organisme national compétent pour valider ses comptes en application de l'article L. 114-6, celui-ci peut aussi saisir les responsables visés au premier alinéa.

Article D122-14

En application de l'article L. 122-2, avant d'engager la responsabilité personnelle et pécuniaire d'un agent comptable, l'autorité compétente de l'Etat informe celui-ci qu'il dispose de quinze jours pour indiquer s'il considère que le manquant constaté provient d'un cas de force majeure.

L'agent comptable fait connaître ses observations par écrit.

L'autorité compétente de l'Etat prend sa décision au plus tard quarante-cinq jours après la saisine de l'agent comptable.

Article D122-15

L'agent comptable dont la responsabilité pécuniaire est mise en jeu a l'obligation de verser immédiatement sur ses deniers personnels une somme égale au montant du manquant.

Dans le cas contraire, l'agent comptable est constitué en débet par l'émission à son encontre, par le directeur de l'organisme, d'un titre de recettes.

L'agent comptable peut demander, dans un délai de quinze jours, à l'autorité compétente de l'Etat le sursis de versement de la somme fixée au premier alinéa.

La durée du sursis est limitée à un an. Elle peut être prolongée si l'agent comptable a demandé une décharge partielle de responsabilité ou une remise gracieuse. Le sursis expire à la date de notification de la décision statuant sur ces demandes.

Article D122-16

L'agent comptable constitué en débet peut demander à l'autorité compétente de l'Etat la décharge partielle si le manquant résulte du fait des fondés de pouvoir, des régisseurs ou des délégués de l'agent comptable.

L'autorité compétente de l'Etat statue sur cette demande dans un délai maximum de six mois.

La décision de l'autorité compétente de l'Etat est soumise à l'approbation du ministre compétent lorsque le montant du débet dépasse une somme déterminée par arrêté.

Article D122-17

L'agent comptable peut présenter à l'autorité définie à l'article D. 122-13 une demande de remise gracieuse des sommes laissées à sa charge.

La demande de remise gracieuse est examinée, notamment en fonction du respect par l'agent comptable des procédures de contrôle décrites aux articles D. 122-7 à D. 122-10 et des instructions prises pour leur application.

La somme définitivement mise à la charge de l'agent comptable lui est notifiée par l'autorité compétente de l'Etat.

Article D122-18

L'agent comptable qui a couvert de ses deniers le montant du manquant est en droit de poursuivre à titre personnel le recouvrement de la somme correspondante.

Les sommes allouées en décharge partielle de responsabilité ou en remise gracieuse sont supportées par le budget de l'organisme. Il en est de même si la force majeure est reconnue.

Dans le cas de caution solidaire fournie par une association de cautionnement mutuel, le ministre compétent notifie à l'association les débits constatés à la charge de ses adhérents et dont le versement incombe à celle-ci.

Dans le cas où il ne pourrait être procédé au recouvrement de la somme mise à la charge de l'agent comptable, la somme en cause est admise en non-valeur par l'organisme.

Dans le cas où des recouvrements seraient opérés alors que le débit a été couvert, les sommes correspondantes servent à rembourser :

- a) par priorité l'organisme, dans la limite des sommes laissées à sa charge,
- b) pour le surplus, le comptable qui s'est acquitté d'une partie du débit.

Article D122-19

Le quitus est acquis automatiquement à l'agent comptable après l'expiration du délai prévu au deuxième alinéa de l'article L. 122-3 si aucune procédure n'a été engagée à son encontre. Si la responsabilité personnelle et pécuniaire de l'agent comptable a été mise en cause, le quitus est délivré, après apurement du débit, par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 ou, pour les organismes de mutualité sociale agricole, du service mentionné à l'article R. 155-2.

Pour une année donnée, le quitus peut aussi être octroyé par l'autorité compétente pour mettre en jeu la responsabilité personnelle et pécuniaire, à la demande de l'agent comptable dont la caisse relève d'un organisme national défini à l'article D. 122-13.

A cette fin, après la transmission prévue à l'article D. 114-4-2 des comptes annuels ou des comptes combinés annuels de l'exercice suivant l'année pour laquelle le quitus est demandé, l'agent comptable d'un organisme local demande à l'agent comptable de l'organisme national son inscription sur une liste communiquée chaque année à l'autorité compétente définie à l'alinéa précédent. Un agent comptable dont les comptes de l'exercice concerné ont fait l'objet d'un refus de validation ne peut pas être inscrit sur cette liste.

Pour les agents comptables dont l'organisme ne relève pas d'un organisme national défini à l'article

D. 122-13, le quitus peut être octroyé pour une année donnée à leur demande, par l'autorité compétente pour mettre en jeu la responsabilité personnelle et pécuniaire, après la transmission prévue à l'article D. 114-4-2 des comptes annuels ou des comptes combinés annuels de l'exercice suivant l'année pour laquelle le quitus est demandé.

Le quitus ne peut pas être octroyé si le compte annuel de l'exercice concerné a fait l'objet d'un refus de la certification prévue à l'article L. 114-8.

Le quitus peut être octroyé aux fondés de pouvoir de l'agent comptable, aux régisseurs ou aux responsables des centres agréés dans les conditions décrites aux alinéas précédents, après avis favorable de l'agent comptable.

Pour tous les agents comptables, fondés de pouvoir, régisseurs et responsables des centres agréés, l'autorité compétente définie au premier alinéa dispose d'un délai de six mois à compter de la demande de l'intéressé pour octroyer ou refuser le quitus. En l'absence de décision dans ce délai, le quitus est considéré comme octroyé. Le délai de six mois peut être renouvelé une fois, sous réserve qu'avant l'expiration de ce délai notification en soit faite à l'intéressé.

Article D122-20

Le cas échéant, simultanément à la mise en cause de la responsabilité personnelle et pécuniaire de l'agent comptable, peut être conjointement mise en cause la responsabilité personnelle et pécuniaire des fondés de pouvoir, des régisseurs ou des responsables des centres agréés visés à l'article L. 122-3.

Leur responsabilité est limitée au montant de leur cautionnement ; l'agent comptable supporte le surplus de la dette non couverte.

En cas de détournement ou de malversation, leur responsabilité s'étend au montant des sommes détournées.

Les dispositions des articles D. 122-11 à D. 122-18 sont applicables aux fondés de pouvoir de l'agent comptable, aux régisseurs et aux responsables des centres agréés.

Article D122-21

Pour tous les organismes autres que ceux de la Mutualité sociale agricole, les pièces justificatives des opérations des gestions budgétaires, à l'exception de celles qui se rapportent aux gestions techniques, ainsi que les livres, registres et documents comptables sont conservés pendant cinq ans après la clôture des comptes de l'exercice, sous réserve des délais de prescription de droit commun applicables à certaines opérations particulières.

En tout état de cause, les documents cités à l'alinéa précédent ne peuvent être détruits qu'après que l'agent comptable a obtenu quitus pour les exercices qu'ils concernent. Une instruction particulière précise les modalités de conservation des pièces originales ainsi que la nature des supports à utiliser et notamment les microformes et l'archivage électronique, compte tenu de la nature des documents à

archiver.

Article D122-22

Pour tous les organismes autres que ceux de la Mutualité sociale agricole, les comptes annuels validés, accompagnés de l'avis de validation établi dans les conditions fixées à l'article D. 114-4-2 du code de la sécurité sociale, seront transmis au service mentionné à l'article R. 155-1 par l'organisme local et au ministre chargé de la sécurité sociale, à sa demande, en tant que de besoin.

Article D122-23

L'agent comptable de l'organisme auquel le directeur ou le directeur général de l'organisme national a confié la réalisation de missions ou d'activités communes conformément à l'article L. 216-2-1 ou à l'article L. 221-3-1 ou auquel un directeur d'un autre organisme a délégué une mission conformément à l'article L. 216-2-2 ou à l'article L. 611-11 est chargé des opérations comptables et financières relevant de ces missions ou de ces activités.

Il est responsable personnellement et pécuniairement de ces opérations dans les conditions prévues aux articles D. 122-11 à D. 122-20.

Il peut déléguer sa signature à des agents de son propre organisme.

Partie réglementaire - Décrets simples

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

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 1 : Assiette et régime fiscal des cotisations

Article D131-1

Les cotisations provisionnelles dues au titre des deux premières années civiles d'activité sont calculées sur un revenu forfaitaire égal à un pourcentage de la valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale prévu à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle ces cotisations provisionnelles sont dues, sans que ce revenu forfaitaire puisse être inférieur à l'assiette minimale mentionnée au troisième alinéa de l'article D. 612-9, en ce qui concerne la cotisation supplémentaire prévue à l'article L. 612-13, ou à celle mentionnée à l'article D. 635-12, en ce qui concerne la cotisation invalidité-décès prévue à l'article L. 635-5. Ce pourcentage est égal, au titre de la première année d'activité, à celui fixé au 1° de l'article D. 612-5 et, au titre de la deuxième année d'activité, à celui fixé au 2° du même article.

En cas de période d'affiliation inférieure à une année, le plafond servant au calcul des cotisations provisionnelles est réduit au prorata de la durée d'affiliation. Le présent alinéa n'est pas applicable au calcul des cotisations provisionnelles correspondant à la cotisation supplémentaire mentionnée à l'article D. 612-9.

Ne sont assimilées à un début d'activité ni la modification des conditions d'exercice de l'activité de travailleur indépendant, ni la reprise d'activité intervenue soit au cours de l'année durant laquelle est survenue la cessation d'activité, soit au cours de l'année suivante.

Article D131-2

Pour le calcul des cotisations provisionnelles dues par les travailleurs indépendants en application du deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2, à l'exclusion de celles dues au titre des deux premières années d'activité, le revenu d'activité de l'avant-dernière année sur lequel sont assises ces cotisations est :

1° Rapporté à l'année entière, en cas de période d'affiliation incomplète au cours de l'avant-dernière année ;

2° Réduit au prorata de la durée d'affiliation, en cas de période d'affiliation incomplète au cours de l'année au titre de laquelle ces cotisations sont dues. Le présent alinéa n'est pas applicable au calcul des cotisations provisionnelles correspondant à la cotisation supplémentaire mentionnée à l'article

D. 612-9.

Article D131-3

Le travailleur indépendant qui souhaite être exempté de la majoration de retard prévue au quatrième alinéa de l'article L. 131-6-2 fournit à l'organisme de sécurité sociale chargé du recouvrement tout élément de nature à justifier son estimation soit au moment de cette estimation, soit, au plus tard, le quinzième jour suivant la réception de la notification par l'organisme de sécurité sociale du montant des cotisations finalement dues sur la base des revenus connus.

Lorsque le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par le cotisant, le taux de la majoration de retard applicable à la différence mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 131-6-2 est de 5 % lorsque le revenu définitif est inférieur ou égal à 1,5 fois le revenu estimé de l'année considérée et de 10 % lorsque le revenu définitif est supérieur à 1,5 fois le revenu estimé de l'année considérée.

La majoration de retard est calculée et recouvrée en même temps et selon les mêmes règles que la régularisation prévue au troisième alinéa de l'article L. 131-6-2 au titre des revenus de l'année considérée. Elle peut être remise dans les conditions prévues aux articles R. 243-20 et R. 243-20-1. Cette remise peut être totale ou partielle.

Article D131-6-1

Pour les travailleurs indépendants mentionnés aux a et b du 1° de l'article L. 613-1, le taux mentionné au premier alinéa de l'article L. 133-6-8 est fixé à :

- a) 12 % pour les travailleurs indépendants concernés par le premier seuil prévu au premier alinéa du 1 de l'article 50-0 du code général des impôts ;
- b) 21, 3 % pour les travailleurs indépendants concernés par le second seuil prévu au premier alinéa du 1 de l'article 50-0 du code général des impôts ;
- c) 21, 3 % pour les travailleurs indépendants concernés par le seuil prévu au 1 de l'article 102 ter du code général des impôts.

Article D131-6-2

Pour les professionnels libéraux affiliés à la section professionnelle mentionnée au 11° de l'article R. 641-1, le taux mentionné au premier alinéa de l'article L. 133-6-8 est fixé à 18, 3 %.

Article D131-6-3

Pour les travailleurs indépendants bénéficiant de l'exonération prévue à l'article L. 161-1-1, le taux mentionné à l'article L. 133-6-8 correspond, sans préjudice des dispositions de la dernière phrase du premier alinéa de ce même article, et après arrondi au dixième de pourcent supérieur, à une fraction des taux prévus par les articles D. 131-6-1 et D. 131-6-2 fixée à :

- a) 25 % jusqu'à la fin du troisième trimestre civil qui suit celui au cours duquel intervient la date d'effet de l'affiliation ;
- b) 50 % pour les quatre trimestres civils qui suivent la période prévue au a ;

c) 75 % pour les quatre trimestres civils suivant la période prévue au b.

Article D131-6-4

Le montant minimal mentionné à l'article L. 133-6-8-2 est égal au montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année considérée calculé sur la base de 200 heures.

Article D131-6-5

Le solde mentionné à l'article L. 133-6-8-3 est affecté aux cotisations dans l'ordre de priorité suivant :

la cotisation d'assurance maladie maternité mentionnée à l'article L. 612-4 ;

la cotisation mentionnée à l'article L. 612-13 ;

la cotisation mentionnée aux articles L. 635-5 ou L. 644-2 ;

la cotisation mentionnée aux articles L. 635-1 ou L. 644-1 ;

la cotisation d'allocations familiales mentionnée à l'article L. 242-11 ;

la cotisation d'assurance vieillesse de base mentionnée aux articles L. 633-10 ou L. 642-1.

Cette affectation s'applique aux cotisations dues au titre de la dernière échéance puis à celles dues au titre des échéances antérieures, en remontant de la plus ancienne à la plus récente.

Chapitre 2 : Prise en charge par l'Etat des dépenses exposées par les organismes au titre de l'interruption volontaire de grossesse

Section 1 : Prise en charge des interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique

Article D132-1

Lorsqu'une interruption volontaire de grossesse est pratiquée dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique, aucune demande de paiement ne peut être présentée à l'assuré ou à l'intéressée pour les dépenses relatives :

1° Aux consultations prévues à l'article L. 2212-3, L. 2212-5, au quatrième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique et à la consultation pré-anesthésique prévue par l'article D. 712-40 du même code ;

2° Aux frais de soins et d'hospitalisation afférents à une interruption volontaire de grossesse ;

3° Aux frais afférents à une interruption volontaire de grossesse réalisée par un médecin dans les conditions prévues à l'article L. 2212-2 du code de la santé publique.

Article D132-2

Les dépenses mentionnées à l'article D. 132-1 sont déterminées par l'application des tarifs et des prix tels qu'ils résultent du chapitre II du titre VI du livre Ier du présent code.

Article D132-3

Les dépenses mentionnées aux 1° et 2° de l'article D. 132-1 sont remboursées aux médecins autres que ceux mentionnés à l'alinéa suivant par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ces médecins sont installés.

Lorsqu'un médecin, en application de l'article L. 2212-2 du code de la santé publique, a conclu une convention avec un établissement de santé, les dépenses mentionnées au 3° et, le cas échéant, au 1° de l'article D. 132-1 sont remboursées à ce médecin par la caisse primaire dans le ressort de laquelle est implanté l'établissement avec lequel le médecin a passé convention.

Les documents nécessaires au remboursement de ces dépenses sont anonymes. Ils sont envoyés par le professionnel de santé ou l'établissement à la caisse primaire d'assurance maladie définie aux deux premiers alinéas. Celle-ci procède, chaque trimestre, au vu des documents qui lui ont été envoyés, au remboursement de ces dépenses pour le compte de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article D132-4

Les dépenses mentionnées aux 1° et 2° de l'article D. 132-1 sont remboursées à l'établissement de santé lorsque son financement ne relève pas de la dotation globale prévue à l'article L. 174-1 par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle cet établissement est implanté.

Les documents nécessaires au remboursement de ces dépenses sont envoyés par l'établissement au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie qui procède à leur anonymisation avant de les transmettre à la caisse. Celle-ci procède, chaque trimestre, au vu des documents qui lui ont été envoyés, au remboursement de ces dépenses pour le compte de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article D132-5

Les documents nécessaires au dénombrement des interruptions volontaires de grossesse pratiquées par un établissement relevant de l'article L. 174-1 sont envoyés par l'établissement au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est implanté l'établissement, qui procède à leur anonymisation.

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

Article D133-1

Le montant visé à l'article L. 133-3 en deçà duquel les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont autorisés à abandonner la mise en recouvrement de leurs créances à l'égard des cotisants est fixé à 1,27 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur.

Le montant visé à l'article L. 133-3 en deçà duquel les organismes chargés du recouvrement des cotisations sont autorisés à acquérir définitivement les créances détenues à leur égard par les cotisants, constatées dans les écritures d'un agent comptable de ces organismes et provenant de trop-perçus de cotisations, de majorations ou de pénalités de retard, est fixé à 1,27 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur. Cette acquisition ne peut intervenir avant l'expiration d'un délai de douze mois à compter de la date à laquelle lesdites cotisations, majorations ou pénalités de retard ont été acquittées.

Les dispositions des deux alinéas précédents sont applicables aux cotisations et contributions sociales des personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, recouvrées par le régime social des indépendants. Les sommes mentionnées au deuxième alinéa sont définitivement acquises à la Caisse nationale du régime social des indépendants.

Article D133-2

Le montant visé à l'article L. 133-3 en deçà duquel les organismes chargés du versement des prestations de sécurité sociale sont autorisés à abandonner la mise en recouvrement des indus de prestations de sécurité sociale versés à leurs assurés ou constatés à l'égard de tiers est fixé à 0,68 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur.

Sous réserve des dispositions des articles D. 542-7, D. 543-2 et D. 755-25, le montant visé à l'article L. 133-3 en deçà duquel les organismes chargés du versement des prestations de sécurité sociale sont autorisés à différer le paiement des créances constatées dans les écritures d'un agent comptable de ces organismes et provenant d'une insuffisance ou d'un non-versement de prestation est fixé à 0,68 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur. Le versement différé doit intervenir au plus tard à la fin de l'exercice comptable en cours.

Article D133-2-1

L'admission en non-valeur des créances non prescrites autres que les cotisations de sécurité sociale ou impôts et taxes affectés, en principal et accessoire, est prononcée par le conseil ou le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale chargé du paiement des prestations.

Elle ne peut être prononcée moins d'un an après la date d'émission de l'ordre de recette et seulement en cas d'insolvabilité du débiteur, de disparition ou de décès du débiteur ne laissant aucun actif saisissable ou de clôture des opérations de liquidation judiciaire pour insuffisance d'actif.

Pour les créances inférieures à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'agriculture, l'admission en non-valeur ne peut être prononcée moins d'un an après l'envoi de la mise en demeure, dès lors que les frais de recouvrement contentieux atteignent ce montant.

Lorsque le jugement de clôture pour insuffisance d'actif n'est pas prononcé dans un délai d'un an après la date d'émission de l'ordre de recette, l'organisme de sécurité sociale chargé du paiement des prestations peut prononcer l'admission en non-valeur au vu d'une simple attestation du liquidateur d'une clôture prochaine pour insuffisance d'actif sans possibilité de distribution de dividendes, la clôture n'étant pas différée en raison de l'existence d'une procédure de répartition en cours.

Article D133-3

Le montant du plafonnement prévu au troisième alinéa de l'article L. 133-4-2 est fixé à 45 000 euros.

Article D133-4

Le solde éventuel de cotisations mentionné au III de l'article L. 133-6-4 et dû à un même organisme local est affecté aux cotisations, dans l'ordre de priorité suivant :

- la cotisation d'assurance maladie maternité ;
- la cotisation mentionnée à l'article L. 612-13 ;
- la cotisation d'assurance vieillesse de base ;
- la cotisation mentionnée à l'article L. 635-5 ;
- la cotisation mentionnée à l'article L. 635-1 ;
- la cotisation d'allocations familiales ;

-la contribution mentionnée à l'article L. 953-1 du code du travail.

Cette affectation se fait d'abord sur les cotisations de la dernière échéance due puis sur celles les plus anciennes.

Article D133-4-1

La caisse mentionnée à l'article L. 174-6 ou à l'article L. 174-8 reverse aux différents organismes d'assurance maladie concernés les sommes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 133-4-4 au plus tard dans les trois mois qui suivent la date de leur récupération.

Chapitre 3 bis : Modernisation et simplification du recouvrement des cotisations

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

Sous-section 1 : Titre emploi-service entreprise

Article D133-5

Les organismes habilités à proposer le service " titre emploi-service entreprise " conformément aux articles L. 1273-1 à L. 1273-7 du code du travail sont, dans les conditions fixées par la présente sous-section et par les articles D. 1273-1 à D. 1273-8 du code du travail :

1° Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ;

2° Les centres nationaux de traitement du titre emploi-service entreprise gérés par des organismes de recouvrement du régime général de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Pour cette mission, l'organisme de recouvrement gestionnaire d'un centre national de traitement adhère à une convention avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Article D133-6

Sur la base des informations communiquées, chaque mois, par l'employeur, le centre national de traitement du titre emploi-service entreprise compétent pour le secteur professionnel auquel appartient l'employeur calcule les cotisations et contributions sociales créées par la loi et les cotisations et contributions conventionnelles rendues obligatoires par celle-ci et établit le bulletin de paie mentionné à l'article D. 1273-6 du code du travail.

Le centre national de traitement notifie à l'employeur un décompte des cotisations et contributions dues, au plus tard le dixième jour du mois qui suit celui de la réception de la déclaration mensuelle.

Article D133-6-1

L'employeur transmet les informations mentionnées à l'article D. 133-6 au moyen d'un volet social qui comporte les mentions suivantes :

1° Mentions relatives au salarié :

- a) Les nom et prénom ;
- b) Le numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques ou, à défaut, la date de naissance ;

2° Mentions relatives à l'activité exercée et à la rémunération :

- a) La période d'emploi ;
- b) Le nombre de jours ou d'heures rémunérés ;
- c) Les éléments constituant la rémunération, avec une option pour la déclaration de leur montant en brut ou en net ;
- d) La base forfaitaire retenue, le cas échéant ;
- e) Les dates de congés et, le cas échéant, le montant de l'indemnité de congés payés ;
- f) Le cas échéant, le total des jours d'absence ainsi que le détail, par nature, de ces absences ;
- g) Le montant des frais professionnels, le cas échéant ;

3° Date de paiement de la rémunération et signature de l'employeur.

L'employeur est responsable du caractère exact et complet du volet social qu'il communique au Centre national de traitement du titre emploi-service entreprise.

La communication est effectuée dans les délais suivants :

- a) Pour les salariés mentionnés au 1° de l'article L. 1273-2 du code du travail, avant le vingt-cinquième jour du mois d'activité du salarié concerné. Toutefois, lorsque le contrat de travail du salarié débute après le 21 du mois, le premier volet social peut être envoyé dans les cinq jours suivant la date du début de ce contrat ;
- b) Pour les salariés mentionnés au 2° du même article, au plus tard dans les huit jours ouvrés suivant le versement de la rémunération.

Dans tous les cas, la période d'emploi déclarée sur le volet social ne peut couvrir une période excédant le mois civil.

Article D133-7

L'organisme de recouvrement du régime général de la sécurité sociale territorialement compétent est habilité à recouvrer et contrôler les cotisations et contributions dues par l'employeur qui recourt

au titre emploi-service entreprise.

Article D133-8

A défaut de l'accord prévu à l'article L. 133-5-2, la transmission des déclarations des employeurs qui recourent au titre emploi-service entreprise et la répartition de leurs versements de cotisations et contributions sont régies par les dispositions du présent article.

Ces opérations de transmission et de répartition ne donnent pas lieu à perception de frais de gestion.

Les cotisations et contributions versées par les employeurs aux organismes de recouvrement habilités au bénéfice des régimes dont relèvent ces employeurs sont centralisées mensuellement sur un compte ouvert dans les écritures de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au profit des organismes nationaux pour le compte desquels ces cotisations et contributions sont recouvrées.

Dans les quinze premiers jours de chaque mois, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale met à disposition des organismes nationaux mentionnés à l'alinéa précédent une provision égale à 95 % du montant des cotisations et contributions recouvrées pour leur compte au cours du mois précédent. Le versement de régularisation intervient dans les deux mois suivant la mise à disposition de la provision.

Sous-section 3 : Chèque-emploi associatif

Article D133-13-1

Lorsque l'organisme de recouvrement constate que la condition d'effectif n'est pas remplie ou cesse de l'être, ou qu'un salarié n'a pas donné son accord à l'utilisation du chèque-emploi associatif prévu à l'article L. 1272-1 du code du travail, il notifie à l'employeur l'impossibilité pour lui d'utiliser ce dispositif pour le ou les salariés intéressés tant que la condition méconnue n'est pas satisfaite.

Article D133-13-2

Le volet social du chèque-emploi associatif prévu au 1° de l'article D. 1272-1 du code du travail comporte les mentions suivantes :

1° Mentions relatives au salarié :

- a) Nom et prénom ;
- b) Numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques et date de naissance ;

2° Mentions relatives à :

- a) La rémunération et aux différents éléments qui la constituent ;
- b) La période d'emploi ;
- c) L'application, le cas échéant, d'une base forfaitaire pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale ;

3° La date de paiement du salaire et la signature de l'employeur.

Article D133-13-3

Le Centre national du chèque-emploi associatif, désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, assure :

1° Le calcul de l'ensemble des contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle ;

2° L'établissement des attestations d'emploi destinées aux salariés embauchés et rémunérés par le chèque-emploi associatif.

Article D133-13-4

Les cotisations et contributions dues au titre de l'utilisation du chèque-emploi associatif sont recouvrées et contrôlées par l'organisme de recouvrement du régime général de sécurité sociale territorialement compétent.

Le recouvrement est réalisé sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires.

Article D133-13-5

Le Centre national du chèque-emploi associatif adresse à l'association le volet d'identification du salarié prévu au 2° de l'article D. 1272-1 du code du travail.

Article D133-13-6

L'association employeur adresse au Centre national du chèque-emploi associatif les documents prévus dans les conditions suivantes :

1° Le volet d'identification du salarié, dans le délai indiqué au premier alinéa de l'article R. 1221-5 du code du travail ;

2° Le volet social, au plus tard dans les huit jours ouvrés suivant le versement de la rémunération.

Article D133-13-7

Le Centre national du chèque-emploi associatif communique à l'organisme de recouvrement dont relève l'employeur, ainsi qu'à ce dernier, le calcul qu'il a effectué des contributions et cotisations dues.

Dans les cinq jours ouvrés qui suivent la réception du volet social, le Centre national du chèque-emploi associatif délivre au salarié une attestation d'emploi destinée à justifier ses droits aux prestations de sécurité sociale, aux prestations prévues à l'article L. 5421-2 du code du travail et aux prestations des régimes de retraite complémentaire et de prévoyance.

L'attestation d'emploi comporte les mentions figurant sur le bulletin de paie prévues aux articles R. 3243-1 à R. 3243-5 du code du travail. Elle se substitue à la remise du bulletin de paie par l'employeur.

Article D133-13-8

L'organisme de recouvrement dont relève l'association accomplit, sur le compte bancaire désigné par celle-ci, le prélèvement automatique des contributions et cotisations sociales décomptées, le douzième jour du mois civil suivant celui au cours duquel les sommes dues ont été notifiées.

Article D133-13-9

L'établissement et l'envoi du volet d'identification du salarié et du volet social ainsi que l'établissement et l'envoi de la demande d'adhésion peuvent être accomplis par voie électronique, dans les conditions prévues à l'article L. 133-5.

L'utilisation de cette procédure ne dispense pas l'employeur de l'obligation de signature prévue au 3° de l'article D. 1272-5 du code du travail.

Article D133-13-10

Une convention conclue entre, d'une part, le ministre chargé de la sécurité sociale, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, chacun des établissements de crédit, institutions ou services mentionnés à l'article L. 1272-5 du code du travail fixe les obligations réciproques des parties.

Article D133-13-11

Les modalités de diffusion des informations et de répartition des versements aux régimes intéressés font l'objet de conventions entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et les organismes nationaux gérant ces régimes.

Ces conventions fixent également le délai de conservation des informations recueillies et des formulaires reçus par le Centre national du chèque-emploi associatif, ainsi que les modalités de prise en charge des dépenses exposées par lui pour l'exécution de ses missions, en prenant en compte notamment le montant des contributions et cotisations reversées.

Article D133-13-12

L'utilisation du chèque-emploi associatif vaut déclaration auprès de l'ensemble des administrations ou organismes intéressés au titre des articles R. 243-10, R. 243-13, R. 243-14 et R. 312-4 du présent code et de l'article 87 du code général des impôts. Elle satisfait également aux obligations de déclaration prescrites par les institutions mentionnées au livre IX du présent code.

Pour les associations relevant du régime agricole, l'utilisation du chèque-emploi associatif vaut déclaration auprès de l'ensemble des administrations ou organismes intéressés au titre des dispositions du code du travail et du code général des impôts, mentionnées à l'alinéa précédent ainsi que des articles R. 722-35, R. 741-2, R. 741-5 et R. 741-15 du code rural et de la pêche maritime, et vaut déclaration aux institutions prévues à l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime.

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

Sous-section 1 : Interlocuteur social unique

Article D133-14

Pour le paiement de leurs cotisations et contributions sociales dues à titre personnel, les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales reçoivent un échéancier de paiement transmis au plus tard le 15 décembre de l'année civile précédente.

Pour les personnes qui relèvent de l'article R. 133-26, cet échéancier vaut avis d'appel de cotisations.

Pour celles relevant de l'article R. 133-27, un avis d'appel de cotisations leur est transmis au plus tard quinze jours avant chaque échéance trimestrielle.

La régularisation mentionnée aux articles R. 133-26 et R. 133-27 fait l'objet d'un avis d'appel au plus tard quinze jours avant l'échéance de régularisation du mois de novembre.

Toutefois, nonobstant les dispositions des alinéas précédents, le non-respect des dates d'exigibilité mentionnées aux articles R. 133-26 et R. 133-27 entraîne l'application des majorations prévues à l'article R. 243-18.

Article D133-15

Les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales dont le compte cotisant présente auprès du régime social des indépendants un solde débiteur inférieur ou égal au montant fixé par le premier alinéa de l'article D. 133-1 peuvent ne pas faire l'objet d'une mise en demeure. Le droit aux prestations maladie en espèces leur est ouvert au titre de l'échéance en cours.

Article D133-16

Les frais de versement et de recouvrement des cotisations et contributions sociales auprès du régime social des indépendants sont à la charge de la partie payante.

Section 3 : Modernisation et simplification des formalités au regard des particuliers employeurs

Sous-section 1 : Chèque emploi-service universel

Article D133-18

Les particuliers employeurs qui ont l'obligation de déclarer au Centre national de traitement du

chèque emploi-service universel les salariés qu'ils rémunèrent avec des chèques emploi-service universels doivent accepter d'acquitter les contributions et les cotisations sociales par prélèvement sur leur compte.

Article D133-19

Le volet social du chèque emploi-service universel prévu à l'article L. 133-8 comporte les mentions suivantes :

1° Mentions relatives à l'employeur :

- a) Nom, prénom et adresse ;
- b) Références bancaires ;

2° Mentions relatives au salarié :

- a) Nom, nom d'époux et prénom ;
- b) Numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques ou date et lieu de naissance du salarié ;
- c) Adresse ;

3° Mentions relatives à l'emploi et aux cotisations :

- a) Nombre d'heures de travail effectuées ;
- b) Période d'emploi ;
- c) Salaires horaire et total nets versés ;
- d) Option retenue pour le calcul des contributions et cotisations sociales : assiette forfaitaire ou réelle ;

4° Date et signature de l'employeur.

Article D133-20

Le volet social du chèque emploi-service universel est adressé par l'employeur à un organisme de recouvrement de sécurité sociale, désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, au plus tard à la fin du mois au cours duquel le salarié a effectué sa prestation ou dans les quinze jours suivant le versement de la rémunération. Pour la gestion des missions mentionnées au présent article, l'organisme de recouvrement adhère à une convention établie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Cet organisme assure le calcul et le recouvrement des contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle. Il délivre une attestation d'emploi permettant au salarié de justifier de ses droits aux prestations de sécurité sociale, d'assurance chômage et de retraite complémentaire. Il délivre également une attestation annuelle permettant à l'employeur de justifier de son droit à la réduction d'impôt prévue par l'article 199 sexdecies du code général des impôts.

Lorsque le particulier employeur bénéficie de l'allocation prévue au I de l'article L. 531-5, et par dérogation aux dispositions du présent article, l'emploi doit être déclaré selon les modalités prévues à l'article L. 531-8. Lorsque l'employeur bénéficie de l'une des allocations prévues aux articles L. 841-1 et L. 842-1, en vertu de la réglementation applicable avant le 1er janvier 2004, l'emploi doit être déclaré selon les modalités prévues aux articles L. 841-4, L. 842-4, D. 841-2 et D. 842-4, dans leur rédaction en vigueur avant cette même date.

Article D133-21

Les taux et l'assiette des cotisations de sécurité sociale sont ceux en vigueur dans le département de résidence de l'employeur au jour de la réception du volet social du chèque emploi-service universel.

Article D133-22

Les volets sociaux des chèques emploi-service universel reçus jusqu'au quinzième jour du mois civil donnent lieu à prélèvement automatique des contributions et cotisations sociales le dernier jour du mois suivant, sur le compte désigné par l'employeur.

Article D133-23

Lorsque le volet social du chèque emploi-service universel n'est pas adressé dans le délai prescrit à l'article D. 133-20, il est fait application des articles R. 243-16 et R. 243-19 à R. 243-20.

Lorsque le prélèvement des cotisations sociales dues au titre de l'utilisation du chèque emploi-service universel n'est pas honoré, il est fait application des dispositions des articles R. 243-18, R. 243-19 à R. 243-20, R. 243-20-3 et R. 243-21.

Article D133-24

Les émetteurs de chèques emploi-service universel mentionnés à l'article D. 1271-8 du code du travail communiquent à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les informations nécessaires à la vérification de la déclaration régulière des salariés mentionnés au 1° de l'article L. 1271-1 du code du travail.

Section 4 : Modernisation et simplification des formalités au regard des employeurs non établis en France

Article D133-25

I. # L'organisme de recouvrement du régime général désigné en application de l'article R. 243-8-1 est l'interlocuteur unique des employeurs non établis en France pour le recouvrement des contributions et cotisations sociales.

II. # Lorsque l'employeur est une entreprise qui ne comporte pas d'établissement en France et qu'il

opte pour l'utilisation d'un titre-emploi, les dispositions des articles D. 133-6 à D. 133-8 et R. 243-6-4 du présent code lui sont applicables et le versement des cotisations et contributions sociales est effectué par virement ou prélèvement bancaire.

Si l'employeur est un particulier qui n'est pas considéré comme domicilié en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu et qu'il opte pour l'utilisation d'un titre-emploi, les dispositions des articles D. 133-18 à D. 133-23 lui sont applicables.

Article D133-26

Lorsque le particulier mentionné au II de l'article D. 133-25 opte pour l'utilisation d'un titre-emploi et que le séjour de son salarié en France n'excède pas une durée de trois mois sur une période de six mois au sens de l'article 2 du règlement (CE) n° 810/2009 du Parlement européen et du Conseil du 13 juillet 2009 établissant un code communautaire des visas, les cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi de ce salarié peuvent être payées de manière forfaitaire et antérieurement à la période d'emploi, sous les conditions suivantes :

1° La rémunération horaire brute du salarié ne doit pas excéder une fois et demie la valeur horaire du salaire minimum interprofessionnel de croissance ;

2° L'employeur joint au volet social prévu à l'article D. 133-19 du présent code une copie de l'autorisation provisoire de travail de son salarié lorsque ce dernier relève des dispositions du 13° de l'article R. 5221-3 du code du travail ou, à défaut, une copie de son propre titre de séjour.

Lorsqu'il est fait application du dispositif de paiement anticipé des cotisations prévu au premier alinéa du présent article, les cotisations et contributions sociales dues sont calculées sur la base d'une assiette égale au produit de huit fois la valeur horaire du salaire minimum interprofessionnel de croissance en vigueur au jour où l'employeur adresse le volet social prévu à l'article D. 133-19 par le nombre de jours calendaires que comporte la période de séjour en France du salarié ou de l'employeur figurant sur les documents mentionnés au 2° du présent article. Le versement de ces cotisations et contributions est effectué par carte bancaire.

Dans tous les autres cas, elles sont dues dans les conditions prévues à l'article L. 242-1 et au II de l'article D. 133-25 du présent code.

Article D133-27

Les taux et l'assiette des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs non établis en France et utilisant un titre-emploi sont ceux en vigueur dans le département où travaille le salarié au jour de la réception du volet social prévu à l'article D. 133-6-1 si l'employeur est une entreprise ou à l'article D. 133-19 s'il s'agit d'un particulier employeur.

Chapitre 4 : Compensation

Section 1 : Compensation généralisée vieillesse.

Article D134-2

La compensation prévue à l'article L. 134-1 est calculée entre les régimes de salariés sur la base d'un régime unique fictif versant à chaque titulaire d'une pension de droit direct, âgé d'au moins

soixante-cinq ans, une pension de référence égale à la pension moyenne la plus basse parmi celles versées par les régimes concernés à leurs retraités remplissant les mêmes conditions. Le calcul de la pension de référence se fait après déduction des prestations prises en charge par le fonds mentionné au chapitre V du titre III du livre Ier du présent code. Le financement est assuré par une cotisation proportionnelle au salaire plafonné de chacun des cotisants. Concernant les effectifs mentionnés au dernier alinéa de l'article D. 134-4, le salaire plafonné est égal à l'assiette forfaitaire fixée au troisième alinéa de l'article R. 135-16. Le taux de cotisation de référence est égal au produit de l'effectif des retraités d'au moins soixante-cinq ans titulaires d'une pension de droit direct de l'ensemble des régimes concernés par la prestation de référence, rapporté à la masse salariale sous plafond des ressortissants de l'ensemble desdits régimes. Les effectifs sont appréciés au 1er juillet de l'année considérée.

Le solde de la compensation est égal, pour chaque régime, à la différence entre le produit de la cotisation proportionnelle et le montant des prestations calculées sur la base du régime fictif, définis au deuxième alinéa ci-dessus.

Article D134-3

Pour le calcul de la compensation démographique instituée par l'article L. 134-1 entre les régimes de salariés pris dans leur ensemble, d'une part, et chacun des régimes de non-salariés, d'autre part, il faut entendre par :

1° Prestation de référence : la prestation la plus basse entre la prestation moyenne des régimes de salariés pris dans leur ensemble et la prestation moyenne de chacun des régimes de non-salariés mentionnés ci-dessus dont l'effectif des retraités titulaires de droits propres âgés de soixante-cinq ans ou plus dépasse au total 100 000 personnes au 1er juillet de l'année considérée. Cette prestation correspond au montant moyen annuel, par bénéficiaire, de l'ensemble des prestations versées aux retraités de droit direct âgés d'au moins soixante-cinq ans, déduction faite des prestations prises en charge par le fonds mentionné au chapitre V du titre III du livre Ier du présent code.

2° Cotisation moyenne : la cotisation théorique uniforme qui devrait être versée par chaque cotisant actif de l'ensemble des régimes pour financer la prestation de référence.

Article D134-4

Est considérée comme cotisant actif toute personne quel que soit son âge, exerçant une activité professionnelle, assujettie à un régime obligatoire de sécurité sociale et qui verse personnellement ou pour laquelle est versée une cotisation.

Ne sont pas considérés comme des cotisants actifs :

1°) les affiliés mentionnés aux sections 3 et 5 du chapitre 1er du titre VIII du livre III ;

2°) les assurés volontaires ;

3°) les assujettis exonérés ou dispensés totalement du versement des cotisations.

Sont néanmoins considérés comme cotisants actifs les effectifs dont les cotisations sont prises en charge par le fonds mentionné au chapitre V du titre III du livre Ier du présent code.

Article D134-5

Les soldes de la compensation démographique mentionnée à l'article D. 134-3 sont déterminés pour l'ensemble des régimes de salariés, d'une part, et pour chacun des régimes de non salariés, d'autre part, par la différence entre le produit du nombre de leurs cotisants actifs par la cotisation moyenne définie au 2° de l'article D. 134-3 et le produit du nombre de leurs bénéficiaires par la prestation de référence.

Le solde résultant pour l'ensemble des régimes de salariés de la compensation démographique tel qu'il ressort du calcul défini à l'article D. 134-3 est réparti entre ces régimes au prorata des masses salariales sous plafond de leurs ressortissants respectifs.

Les bénéficiaires, au sens du présent article, sont les assurés âgés d'au moins soixante-cinq ans percevant un avantage au titre d'un droit propre.

Les effectifs concernés sont appréciés au 1er juillet de l'année considérée.

En cas d'affiliation multiple, les cotisants actifs et les bénéficiaires sont comptés simultanément dans chaque régime pour une unité.

Article D134-6

Les arrêtés interministériels prévus à l'article L. 134-1 sont pris conjointement par le ministre chargé de la sécurité sociale, et le ministre chargé du budget.

Article D134-7

Les sommes correspondant aux soldes positifs de la compensation sont versées par les organismes nationaux des régimes débiteurs à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Celle-ci reverse aux organismes nationaux des régimes créanciers les sommes correspondant aux soldes négatifs.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les dates et les montants des acomptes et des régularisations au titre de ces compensations.

Article D134-8

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime d'assurance vieillesse des professions libérales, la répartition entre les sections professionnelles des sommes correspondant aux soldes positif ou négatif de la compensation mentionnée à l'article L. 134-1.

Article D134-9

Les dispositions de la présente section ne sont applicables qu'aux régimes de sécurité sociale dont l'effectif des actifs cotisants et des retraités titulaires de droits propres âgés de soixante-cinq ans ou plus dépasse au total 20 000 personnes au 1er juillet de l'année considérée.

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

Sous-section 1 : Dispositions communes.

Article D134-10

Les dispositions de l'article D. 134-7 sont applicables à la présente section.

Sous-section 2 : Dispositions particulières

Paragraphe 1 : SNCF.

Article D134-11

Les taux utilisés pour le calcul de la cotisation versée par la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre de ses affiliés en activité, sont ceux de la cotisation due au titre de l'emploi des salariés placés sous le régime général pour les prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité. Ces taux sont majorés de 2,5 points. En 2015, cette majoration fait l'objet d'une révision pour les années suivantes.

Cette cotisation est assise sur les éléments de rémunération suivants : traitement mensuel, complément de traitement et éléments correspondants du treizième mois, primes de travail, indemnités ou gratifications diverses attribuées en raison des conditions particulières de travail.

Les taux définis ci-dessus subissent un abattement correspondant à la part de cotisations affectée

dans le régime général aux fonds nationaux de la gestion administrative, du contrôle médical et de l'action sanitaire et sociale.

Article D134-12

Le montant des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité prévues au livre III remboursées par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est déterminé dans les conditions ci-après :

1°) prestations en nature versées par la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français pour le compte du régime général :

Pour les différentes catégories de prestations et pour chacun des deux régimes, il est établi un taux moyen pondéré de remboursement égal au rapport entre le montant des prestations effectivement servies et le montant des dépenses ouvrant droit à prestations calculé sur la base de 100 % des tarifs.

Ces taux, R pour le régime général, R' pour le régime spécial de la Société nationale des chemins de fer français, sont calculés à partir des résultats statistiques annuels des dépenses de prestations.

Les dépenses réelles de la caisse de prévoyance et de retraite pour chaque catégorie de prestations sont affectées de coefficients respectivement égaux aux valeurs correspondantes du rapport R/ R'.

Le montant du remboursement est égal à la somme des résultats partiels ainsi obtenus ;

2°) dépenses remboursées au titre des soins médicaux et paramédicaux dispensés par la Société nationale des chemins de fer français aux agents en activité :

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français, dans la limite de la couverture prévue au premier alinéa de l'article L. 134-3, la fraction des dépenses des services médicaux de la Société nationale des chemins de fer français qui correspond à l'importance relative de la médecine de soins par rapport à l'ensemble des activités de ces services.

Le pourcentage des dépenses de fonctionnement des services médicaux de la Société nationale des chemins de fer français permettant d'obtenir le montant des sommes remboursées en application de l'alinéa qui précède est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé des transports et du ministre chargé du budget.

Article D134-13

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés retrace dans sa comptabilité :

1°) en recettes, le produit des cotisations qui lui sont dues en application de l'article D. 134-11, les contributions prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur et les produits divers affectés aux risques ;

2°) en dépenses, les charges qu'elle doit rembourser en application de l'article D. 134-12.

Paragraphe 2 : Mines.

Article D134-15

Les taux utilisés pour le calcul de la cotisation versée par la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre des agents en activité, sont ceux de la cotisation due au titre de l'emploi des salariés placés sous le régime général pour les prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité.

Cette cotisation est assise sur les éléments de rémunération définis à l'article L. 242-1. Cette cotisation est calculée pour partie dans la limite du plafond prévu en application de l'article L. 241-3, pour partie sur la totalité des éléments de rémunération ci-dessus.

Le taux brut utilisé pour le calcul de la cotisation versée par la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au titre des retraités, à l'exclusion de ceux qui relèvent d'un autre régime d'assurance maladie, est fixé à 4,1 p. 100 du montant des pensions de retraites, dans la limite du plafond prévu ci-dessus.

Les taux définis ci-dessus subissent un abattement correspondant à la part de cotisations affectée dans le régime général aux fonds nationaux de la gestion administrative, du contrôle médical et de l'action sanitaire et sociale.

Article D134-16

Le montant des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité prévues au livre III remboursé par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est déterminé dans les conditions ci-après :

1°) prestations afférentes aux soins médicaux et paramédicaux dispensés par des médecins généralistes et des auxiliaires médicaux rémunérés forfaitairement :

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse les dépenses réelles, dans la limite de la couverture prévue au premier alinéa de l'article L. 134-4 ;

2°) prestations dispensées dans les oeuvres sanitaires du régime minier autres que celles mentionnées au 1° et celles dispensées dans les établissements sanitaires à prix de journée :

Les prestations retenues pour le calcul des remboursements dus par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont fixées sur la base des tarifs de responsabilité du régime général. Pour les différentes catégories de prestations et pour chacun des deux régimes il est établi un taux moyen pondéré de remboursement égal au rapport entre le montant des prestations et le montant des dépenses ouvrant droit à prestations, calculé sur la base de 100 p. 100 des tarifs. Ces taux, R pour le régime général, R' pour le régime minier, sont calculés à partir des résultats statistiques annuels des dépenses de prestations. Les dépenses de prestations du régime minier ainsi déterminées pour chaque catégorie de prestations sont affectées de coefficients respectivement égaux aux valeurs correspondant au rapport R/ R'. Le montant du remboursement est égal la somme des résultats partiels ainsi obtenus ;

3°) prestations dispensées dans d'autres conditions et remboursées par le régime minier :

Il est fait application des dispositions du 2° ci-dessus.

Article D134-17

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés retrace dans sa comptabilité :

1°) en recettes :

- a. le produit des cotisations qui lui sont dues en application de l'article D. 134-15 ;
- b. les contributions prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;
- c. les produits divers affectés aux risques ;
- d. une somme représentant une fraction égale à 30 p. 100 du solde du compte des oeuvres sanitaires du régime minier faisant l'objet d'une répartition ;

2°) en dépenses : les charges qu'elle doit rembourser en application de l'article D. 134-16.

Paragraphe 3 : RATP

Article D134-19

Les taux utilisés pour le calcul de la cotisation versée par la Régie autonome des transports parisiens à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre de ses agents en activité, sont ceux de la cotisation due au titre de l'emploi des salariés placés sous le régime général pour les prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité. Ces taux sont

majorés de 1,5 point. En 2010, cette majoration fait l'objet d'une révision pour les années suivantes.

Cette cotisation est assise sur les éléments de rémunération suivants : traitement, complément spécial de traitement, complément de traitement non liquidable, prime de productivité, primes de rendement ou de bons services, accessoires de rémunération attribués en raison des conditions particulières de travail, à l'exception des indemnités représentant des remboursements de frais.

Les taux définis ci-dessus subissent un abattement correspondant à la part de cotisations affectée dans le régime général aux fonds nationaux de la gestion administrative, du contrôle médical et de l'action sanitaire et sociale.

Article D134-20

Le montant des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité prévues au livre III, remboursé par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, est déterminé dans les conditions ci-après :

1°) prestations en nature versées par la Régie autonome des transports parisiens à ses agents en activité ;

Pour les différentes catégories de prestations et pour chacun des deux régimes, il est établi un taux moyen pondéré de remboursement égal au rapport entre le montant des prestations effectivement servies et le montant des dépenses ouvrant droit à prestations, calculé sur la base de 100 p. 100 des tarifs. Ces taux, R pour le régime général, R' pour le régime spécial de la Régie sont calculés à partir des résultats statistiques annuels des dépenses de prestations. Les dépenses réelles de la Régie pour chaque catégorie de prestations sont affectées de coefficients respectivement égaux aux valeurs correspondantes au rapport R/ R' ;

Le montant du remboursement est égal à la somme des résultats partiels ainsi obtenus ;

2°) dépenses supportées par la Régie au titre des soins médicaux et paramédicaux dispensés par la Régie aux agents en activité ;

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse, dans la limite de la couverture prévue au premier alinéa de l'article L. 134-4, les dépenses de services médicaux correspondant à la médecine de soins (maladie, maternité, invalidité) ;

3°) prestations en nature versées par la caisse de coordination aux assurances sociales de la Régie autonome des transports parisiens aux ayants droit des agents en activité, aux retraités et à leurs ayants droit.

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse l'intégralité du montant des prestations servies par cette caisse.

Article D134-21

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés retrace dans sa comptabilité :

1°) en recettes, le produit des cotisations qui lui sont dues en application de l'article D. 134-19, les contributions prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur et les produits divers affectés aux risques ;

2°) en dépenses, les charges qu'elle doit rembourser en application de l'article D. 134-20.

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

Article D134-32

Pour le calcul de la compensation entre le régime général de sécurité sociale et le régime des clercs et employés de notaires, instituée par l'article L. 134-5-1 pour la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III, il est fait application des règles ci-après.

Article D134-33

Le taux utilisé pour le calcul de la cotisation incombant à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires au titre de ses affiliés en activité et à la retraite est celui de la cotisation due au titre de l'emploi des salariés placés sous le régime général des travailleurs salariés pour les prestations en nature des assurances maladie et maternité et de la cotisation due au titre des retraités.

Le taux défini ci-dessus subit un abattement correspondant à la part de cotisation affectée dans le régime général aux fonds nationaux de la gestion administrative, du contrôle médical et de l'action sanitaire et sociale.

Cette cotisation est assise sur l'ensemble des éléments de rémunération définis à l'article L. 242-1.

Article D134-34

Le montant des prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au titre III remboursé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est déterminé dans

les conditions ci-après :

Le montant des prestations retenues pour le calcul des remboursements dus par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est déterminé à partir des tarifs de responsabilité du régime général. Pour les différentes catégories de prestations et pour chacun des deux régimes, il est établi un taux moyen pondéré de remboursement égal au rapport entre le montant des prestations et le montant des dépenses ouvrant droit à prestations, calculé sur la base de 100 % des tarifs. Ces taux, R pour le régime général, R' pour le régime de sécurité sociale des clercs et employés de notaires, sont calculés à partir des résultats statistiques annuels des dépenses de prestations. Les dépenses de prestations du régime de sécurité sociale des clercs et employés de notaires ainsi déterminées pour chaque catégorie de prestations sont affectées de coefficients respectivement égaux aux valeurs correspondant au rapport : R/R'.

Le montant du remboursement est égal à la somme des résultats partiels ainsi obtenus.

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

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

Article D134-42

Le champ d'application de la compensation instituée par l'article L. 134-7 est limité :

1°) aux rentes accordées aux victimes atteintes d'une incapacité permanente de travail ou à leurs ayants droit en cas d'accident mortel, telles que ces prestations sont définies par le livre IV et le décret n° 73-600 du 29 juin 1973 ;

2°) aux revalorisations de rentes d'accidents du travail survenus ou de maladies professionnelles constatées soit avant le 1er janvier 1947 dans le régime général de sécurité sociale des travailleurs salariés du commerce et de l'industrie, soit avant le 1er juillet 1973 dans le régime des salariés agricoles ;

3°) aux rentes et revalorisations de rentes accordées au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles des salariés agricoles du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle relevant du code local des assurances sociales en vigueur dans ces départements.

Sont incluses dans les charges du régime général de sécurité sociale celles qui lui incombent au titre de la surcompensation des prestations d'accidents du travail du régime minier, instituée par l'article L. 134-15.

Article D134-43

Le solde de compensation est égal pour chaque régime à la différence entre la cotisation d'équilibre définie ci-après et les prestations effectivement versées durant l'année considérée.

La cotisation d'équilibre de chaque régime s'obtient par l'application à la masse salariale plafonnée de ce régime, du rapport des charges totales de rentes et de revalorisation de rentes des trois régimes sur la somme des masses salariales plafonnées des trois régimes, les charges étant majorées, pour le régime général de sécurité sociale, des charges de surcompensation des prestations d'accidents du travail du régime minier.

Pour l'application de l'alinéa précédent il n'est pas tenu compte, pour le régime d'assurance contre les accidents définis par le code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, des charges de rentes et de revalorisations de rentes versées aux non-salariés.

Article D134-44

Pour un exercice considéré, les soldes définitifs de compensation entre le régime général de sécurité sociale des salariés du commerce et de l'industrie et chacun des régimes de salariés agricoles sont fixés, compte tenu des dispositions des articles D. 134-45 et D. 134-46, avant le 30 septembre de l'année suivante par arrêté du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture, pris après avis de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les régimes débiteurs versent aux régimes créanciers, au début de chaque trimestre, des acomptes égaux au quart du montant des transferts de l'avant-dernière année. L'acompte du dernier trimestre est majoré ou minoré du montant de la différence entre les soldes définitifs de compensation de l'année précédente et de l'avant-dernière année.

Les opérations financières de l'espèce concernant le régime général des travailleurs salariés du commerce et de l'industrie sont effectuées par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, celles concernant le régime des salariés agricoles sont effectuées par la caisse centrale de secours mutuels agricoles et celles concernant les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle par la caisse d'assurance accidents agricole du Bas-Rhin qui passera à cet effet une convention avec les caisses des deux autres départements concernés.

Article D134-45

Le transfert de compensation au profit de chacun des régimes agricoles ne pourra en aucun cas excéder un montant égal au produit de la masse salariale plafonnée de chacun de ces régimes pour l'année considérée par l'écart entre le taux de cotisation qui couvrirait l'ensemble des charges des trois régimes et le taux de cotisation qui couvrirait l'ensemble des charges de chacun de ces régimes

agricoles avant compensation.

Article D134-46

Pour l'application de l'article L. 134-9, les taux globaux de cotisations d'assurances sociales et de prestations familiales agricoles dues au titre de l'emploi des travailleurs salariés agricoles sont égaux à la somme des taux techniques majorés par la moyenne nationale des taux complémentaires, les taux complémentaires étant déterminés par le rapport du total des cotisations complémentaires émises au cours de l'année considérée sur l'assiette des cotisations de cette même année.

Le taux des cotisations techniques de prestations familiales agricoles est égal au rapport du produit des cotisations versées au régime général de sécurité sociale sur la masse salariale plafonnée.

Le pourcentage résultant de la réduction de l'écart existant entre les taux globaux des cotisations d'assurances sociales et de prestations familiales agricoles et les taux de cotisations du régime général de sécurité sociale des salariés du commerce et de l'industrie est déterminé par le quotient des deux éléments suivants :

1°) le premier est égal, pour l'année considérée, au produit des cotisations résultant des relèvements de taux du régime agricole intervenus depuis le 30 juin 1977 ;

2°) le second élément est égal au produit des cotisations, qui aurait, pour l'année considérée, résulté de l'alignement total des taux.

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

Article D134-47

Pour l'application de l'article L. 134-11-1, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole transmet à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, chaque année avant le 15 février, un état retraçant, pour l'exercice précédent, les charges et les produits de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10 du même code.

Le solde entre les charges et les produits définis à l'alinéa précédent est inscrit au compte de résultat de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour l'exercice concerné.

Article D134-48

Le solde mentionné à l'article précédent peut donner lieu au versement d'acomptes en cours d'exercice selon des modalités définies dans le cadre d'une convention entre la Caisse nationale de

l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. La régularisation des opérations financières en fonction du solde mentionné à l'alinéa précédent intervient au plus tard le quinzième jour du quatrième mois de l'année suivant l'exercice concerné.

Chapitre 8 ter : Pénalités.

Section 1 : Accords en faveur de l'emploi des salariés âgés.

Article D138-25

Les effectifs mentionnés à l'article L. 138-28 sont appréciés au 31 décembre, tous établissements confondus, en fonction de la moyenne au cours de l'année civile des effectifs déterminés chaque mois.

Pour la détermination des effectifs du mois, il est tenu compte des salariés titulaires d'un contrat de travail le dernier jour de chaque mois, y compris les salariés absents, conformément aux dispositions des articles L. 1111-2, L. 1111-3 et L. 1251-54 du code du travail.

Pour une entreprise créée en cours d'année, l'effectif est apprécié à la date de sa création. Au titre de l'année suivante, l'effectif de cette entreprise est apprécié dans les conditions définies aux deux alinéas précédents, en fonction de la moyenne des effectifs de chacun des mois d'existence de la première année.

Section 2 : Accords en faveur de la prévention de la pénibilité

Article D138-26

La proportion minimale de salariés mentionnée à l'article L. 138-29 est fixée à 50 % de l'effectif, apprécié dans les conditions prévues à l'article D. 138-25.

Article D138-27

L'accord d'entreprise ou de groupe mentionné à l'article L. 138-30, le plan d'action mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-31 ou l'accord de branche étendu mentionné au second alinéa du même article traite :

1° D'au moins l'un des thèmes suivants :

- a) La réduction des polyexpositions aux facteurs mentionnés à l'article D. 4121-5 du code du travail ;
- b) L'adaptation et l'aménagement du poste de travail ;

2° En outre, d'au moins deux des thèmes suivants :

- a) L'amélioration des conditions de travail, notamment au plan organisationnel ;

- b) Le développement des compétences et des qualifications ;
- c) L'aménagement des fins de carrière ;
- d) Le maintien en activité des salariés exposés aux facteurs mentionnés à l'article D. 4121-5 du code du travail.

Article D138-28

L'accord ou le plan d'action repose sur un diagnostic préalable des situations de pénibilité et prévoit les mesures de prévention qui en découlent ainsi que les modalités de suivi de leur mise en œuvre effective.

Chaque thème retenu dans l'accord ou le plan d'action est assorti d'objectifs chiffrés dont la réalisation est mesurée au moyen d'indicateurs. Ces indicateurs sont communiqués, au moins annuellement, aux membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, ou, à défaut, aux délégués du personnel.

Partie réglementaire - Décrets simples

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

Titre 4 : Expertise médicale. Contentieux. Pénalités.

Chapitre 4 : Dispositions communes. - Dispositions diverses.

Section 1 : Pourvoi en cassation.

Article D144-1

Lorsque l'une des parties au litige interjette appel ou forme un pourvoi en cassation contre une décision relevant des contentieux visés aux articles L. 142-1 et L. 143-1, les organismes de sécurité sociale sont tenus d'en informer le service mentionné à l'article R. 155-1 ou, pour les organismes de mutualité sociale agricole, le service mentionné à l'article R. 155-2.

Partie réglementaire - Décrets simples

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

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

Chapitre 1er : Dispositions relatives aux prestations

Section 1 : Bénéficiaires

Sous-section 1 : Dispositions communes.

Article D161-1-1

Le délai prévu à l'article L. 161-1-1 est fixé à douze mois à compter soit de la date d'effet d'affiliation de l'assuré, s'il relève d'un régime de non-salariés, soit du début d'activité de l'entreprise, s'il relève d'un régime de salariés.

Le plafond de revenu ou de rémunération prévu à l'article L. 161-1-1 est égal à 120 p. 100 du montant du salaire minimum de croissance correspondant à chaque trimestre d'affiliation si l'assuré relève d'un régime de non-salariés ou à la périodicité, au plus trimestrielle, du versement de la rémunération s'il relève d'un régime de salariés.

Pour les ressortissants du régime d'assurance des marins mentionné au 4° de l'article R. 711-1, l'exonération est applicable aux contributions dues sur le salaire forfaitaire visé à l'article L. 42 du code des pensions de retraite des marins dans la limite du salaire de la 3e catégorie.

Pour l'application du plafond mentionné au présent article, sont pris en compte les revenus ou rémunérations soumis à cotisations de sécurité sociale dans le régime dont relève l'assuré, le montant horaire du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle est applicable l'exonération et la durée légale du travail correspondant au trimestre d'affiliation ou à la périodicité du versement de la rémunération.

Article D161-1-1-1

Pour l'application des dispositions de l'article L. 161-1-1 aux travailleurs indépendants relevant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts :

1° L'exonération cesse à l'issue de la période prévue au c de l'article D. 131-6-3 ;

2° Le plafond de revenus ou de rémunérations mentionné dans la première phrase de l'article L. 161-1-1 est égal au seuil fixé par les articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts compte tenu des abattements prévus par ces articles. Il est apprécié sur l'année civile et ajusté, le cas échéant, selon les règles fixées par ces articles.

Article D161-1-1-2

Pour l'application du 2° de l'article L. 161-1-3, l'organisme chargé du calcul et de l'encaissement des cotisations et contributions sociales calcule, au titre de la période trimestrielle ou mensuelle au cours de laquelle le dépassement des seuils fixés aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts a eu lieu, une régularisation sur la fraction de chiffre d'affaires correspondante, par application des taux mentionnés aux articles D. 131-6-1 et D. 131-6-2.

Cette régularisation est exigible à la même date que l'échéance suivante.

Article D161-1-2

Les dispositions des trois derniers alinéas de l'article D. 161-1-1 sont applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 161-1-2.

Pour l'application de l'article L. 161-1-2, le nombre d'heures d'activité salariée ou la durée équivalente devant avoir été effectué préalablement à la date de création ou de reprise de l'entreprise est fixé à 910 heures au cours des douze mois précédant la date de cette création ou de cette reprise.

Ce nombre est fixé à 455 heures pendant les douze mois suivant cette date de création ou de reprise.

Pour la détermination du nombre d'heures mentionné aux deuxième et troisième alinéas, sont équivalentes, le cas échéant, à des périodes d'activité salariée :

a) Les périodes durant lesquelles les intéressés involontairement privés d'emploi ont été bénéficiaires d'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 351-2 du code du travail ou de l'allocation spécifique prévue à l'article L. 351-25 du même code ;

b) Chaque journée d'interruption de travail pour maladie, maternité, repos pour adoption ou accident, à condition que l'incapacité physique de reprendre ou continuer le travail ait été médicalement reconnue ;

c) Les périodes de formation professionnelle rémunérée au sens du livre IX du code du travail.

Chaque journée mentionnée aux a, b et c ci-dessus équivaut à six heures d'activité.

Article D161-1-3

Pour les décisions régies par un régime de décision implicite de rejet, la durée maximale prévue au troisième alinéa de l'article L. 161-1-4 est fixée à deux mois à compter de la date à laquelle l'organisme de sécurité sociale a informé le demandeur qu'il avait à produire des pièces supplémentaires.

Pour les décisions régies par un régime de décision implicite d'acceptation, la suspension du délai d'instruction est celle prévue au deuxième alinéa de l'article 2 du décret n° 2001-492 du 6 juin 2001 pris pour l'application du chapitre II du titre II de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 et relatif à l'accusé de réception des demandes présentées aux autorités administratives.

Sous-section 2 : Assurances maladie, maternité, invalidité et décès

Article D161-2

Les personnes qui reprennent le travail à l'issue du congé parental d'éducation prévu à l'article L. 122-28-1 du code du travail ou de la perception de l'allocation parentale d'éducation ou à l'issue d'un congé pour maladie ou maternité faisant immédiatement suite au congé parental retrouvent, pendant douze mois à compter de la reprise du travail, les droits aux prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie-maternité, invalidité et décès qui leur étaient ouverts avant la perception de l'allocation parentale d'éducation ou le début du congé parental d'éducation.

Article D161-2-1-1

Les titres ou documents prévus à l'article L. 161-16-1 sont ceux mentionnés à l'article D. 115-1.

Article D161-2-1-1-1

Les organismes agréés dans les conditions prévues au chapitre IV du titre VI du livre II du code de l'action sociale et des familles sont tenus de transmettre chaque mois à l'organisme de sécurité sociale désigné dans le cahier des charges et au département une copie des attestations d'élection de domicile qu'ils ont délivrées ainsi que la liste des personnes qui ont fait l'objet d'une radiation.

Article D161-2-1-1-1-1

Les périodes mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 161-9-3 pendant lesquelles les

bénéficiaires du congé de solidarité familiale conservent leurs droits sont fixées comme suit :

1° Douze mois à compter de la reprise du travail à l'issue de ce congé ;

2° La durée de l'interruption de travail pour cause de maladie ou de maternité en cas de non-reprise du travail à l'issue de ce congé ;

3° Douze mois à compter de la reprise du travail à l'issue du congé de maladie ou de maternité susmentionné.

Sous-section 2 : Assurances maladie, maternité, décès

Article D161-2-1

La suspension du versement des prestations en nature de l'assurance maladie prévues par le présent code ou le code rural et de la pêche maritime peut, en application des dispositions du III de l'article 6 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle ou du cinquième alinéa de l'article L. 380-2, être décidée par le directeur de la caisse ou de l'organisme compétent à l'égard d'un assuré dont la mauvaise foi est établie par des faits caractérisant l'intention de ne pas payer les cotisations obligatoires d'assurance maladie ou en cas de fraude ou de fausse déclaration sur le montant des ressources.

Dans les cas mentionnés à l'alinéa précédent, le directeur de la caisse compétente adresse à l'assuré une mise en demeure, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, l'invitant à régulariser sa situation sous trente jours.

A défaut de régularisation par l'assuré, la décision de suspendre le versement desdites prestations, dûment motivée, est notifiée à l'assuré par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, et précise que cette décision est susceptible de recours dans les conditions prévues aux articles R. 142-1 et R. 142-6.

La suspension du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie cesse dès lors que l'assuré est à jour de ses cotisations d'assurance maladie ou respecte l'échéancier qui lui a été accordé. La caisse ou l'organisme compétent en informe dans un délai de huit jours l'assuré par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Sauf dans les cas de fraude ou de fausse déclaration mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 380-2 et par dérogation aux dispositions des trois premiers alinéas, le droit aux prestations en nature de l'assurance maladie ne peut être suspendu si l'intéressé remplit les conditions de ressources prévues par le décret pris en application du premier alinéa de l'article L. 861-1, s'il a été admis au bénéfice d'une procédure de traitement des situations de surendettement des particuliers ou s'il a été admis au bénéfice des dispositions prévues par le décret n° 97-656 du 30 mai 1997 instituant une commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale pour l'examen de la situation des débiteurs retardataires.

Sous-section 4 : Assurance vieillesse

Paragraphe 1 : Information des assurés.

Article D161-2-1-2

Les personnes bénéficiaires du droit à l'information sur leur retraite mentionnées aux sixième et huitième alinéas de l'article L. 161-17 sont celles relevant ou ayant relevé, à titre obligatoire ou volontaire, en qualité d'assurées ou à raison des services accomplis, d'un régime de retraite légalement ou réglementairement obligatoire ou rendu obligatoire par la loi, avant le 1er janvier de l'année à laquelle le relevé ou l'estimation doivent être établis, et n'ayant pas obtenu la liquidation ou, en cas de retraite progressive, la liquidation provisoire de leur pension dans ce régime.

Article D161-2-1-3

Le droit à l'information sur la retraite prévu à l'article L. 161-17 s'exerce auprès des organismes et services mentionnés à l'article R. 161-10. Il comporte notamment la délivrance au bénéficiaire :

1° Sur demande du bénéficiaire ou à l'initiative de l'organisme ou du service, d'un relevé de sa situation individuelle au regard des droits à pension de retraite constitués auprès de chacun des régimes dont il relève ou a relevé et déterminés à la date précisée, pour chaque régime, dans le relevé ;

2° A l'initiative de l'organisme ou du service, d'une estimation indicative globale du montant total et du montant de chacune des pensions de retraite dont il pourrait bénéficier.

L'envoi du relevé ou de l'estimation ne peut être accompagné d'aucun autre document ni comporter d'autres mentions que celles relatives à son objet, à l'expéditeur et au destinataire.

Article D161-2-1-4

Sous réserve de l'application des dispositions des 3° et 4° de l'article 3 du décret n° 2006-708 du 19 juin 2006 relatif aux modalités et au calendrier de mise en oeuvre du droit des assurés à l'information sur leur retraite et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), le relevé de situation individuelle mentionné aux sixième et septième alinéas de l'article L. 161-17 comporte, pour chacun des régimes dont relève ou a relevé le bénéficiaire :

1° Les données mentionnées à l'article R. 161-11 connues par les organismes ou services en charge de la gestion de ces régimes à la date à laquelle le relevé est établi, compte non tenu, s'il y a lieu, des cotisations dont l'assuré est redevable à cette date ;

2° La désignation de chacune des catégories de périodes, situations ou événements non pris en

compte dans les données mentionnées au 1° du présent article et susceptibles d'affecter l'âge de liquidation ou le montant des droits à pension dans chacun des régimes.

L'indication de l'envoi du relevé à titre de renseignement, le caractère provisoire des données figurant sur le relevé et l'absence d'engagement de l'organisme ou du service ayant adressé le relevé ou en charge de la gestion du ou des régimes concernés de calculer la pension sur la base de ces données sont mentionnés sur le relevé.

Article D161-2-1-5

Le relevé de situation individuelle mentionné au sixième alinéa de l'article L. 161-17 est délivré, à la demande du bénéficiaire, soit par courrier au plus tous les ans, soit par voie électronique.

Le délai d'un an fixé au premier alinéa du présent article est décompté de date à date à partir de la réception de la précédente demande par l'organisme ou le service y ayant répondu.

Le relevé est accessible en ligne pour l'assuré. (1)

La demande est adressée à l'un des organismes ou services mentionnés à l'article R. 161-10 parmi ceux en charge de la gestion de l'un des régimes dont le bénéficiaire relève ou a relevé et dont il n'a pas obtenu, à la date laquelle il adresse sa demande, la liquidation ou, en cas de retraite progressive, la liquidation provisoire de la ou des pensions dont cet organisme ou service a la charge.

Pour être recevable, la demande doit comporter les mentions prévues aux 1° et 2° de l'article R. 161-11 ainsi que l'indication d'au moins l'un des régimes dont il déclare relever ou avoir relevé et, lorsqu'elle est présentée sur support papier, être datée et signée du demandeur. L'adresse figurant dans la demande peut toutefois être différente de celle connue par l'organisme ou le service. Elle ne peut cependant consister en une adresse électronique que lorsque la demande est présentée par cette voie. La demande est établie conformément au modèle fixé par décision du groupement d'intérêt public visé au neuvième alinéa de l'article L. 161-17.

Le relevé est adressé au bénéficiaire ou mis en ligne par l'organisme ou le service auquel il a adressé sa demande. Cet organisme ou ce service recueille, s'il y a lieu, les données nécessaires à l'établissement du relevé auprès du ou des autres organismes ou services en charge du ou des autres régimes dont relève ou a relevé le bénéficiaire et lui adresse le relevé dans des conditions et selon des modalités garantissant notamment la fiabilité de l'identification du bénéficiaire, l'intégrité et la confidentialité des échanges, fixées par décision du groupement d'intérêt public prévu au neuvième alinéa de l'article L. 161-17 et approuvées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Dans le cas où le bénéficiaire a adressé sa demande à un organisme ou service en charge d'un ou de plusieurs régimes où il n'a pas la qualité d'assuré ou dont le bénéficiaire perçoit la ou les pensions, sans apporter d'indication permettant d'identifier un autre régime, cet organisme ou ce service l'informe qu'il doit s'adresser à un autre organisme ou service et lui communique la liste de ces organismes ou services.

Article D161-2-1-6

I. - Sous réserve de l'application des dispositions du 1° de l'article 3 du décret n° 2006-708 du 19 juin 2006 relatif aux modalités et au calendrier de mise en oeuvre du droit des assurés à l'information sur leur retraite et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), le relevé de situation individuelle prévu au septième alinéa de l'article L. 161-17 est établi au 1er juillet de chaque année, à partir de 2010, pour les bénéficiaires atteignant l'âge de 35, 40, 45 ou 50 ans.

II. - Le relevé est établi par l'organisme ou le service en charge de la gestion du régime dont le bénéficiaire a relevé en dernier lieu, à partir de l'année précédant celle au cours de laquelle il est établi. Lorsque le bénéficiaire a relevé en dernier lieu au cours de l'année considérée de plusieurs régimes gérés par des organismes ou services distincts, il est établi par l'organisme ou le service déterminé selon les modalités fixées par décision du groupement d'intérêt public prévu au neuvième alinéa de l'article L. 161-17 et approuvées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III. - Le relevé est envoyé par l'organisme ou le service compétent à l'adresse personnelle du bénéficiaire connue par cet organisme ou service ou qui lui a été communiquée par l'un des organismes ou services en charge de l'un des régimes dont il a relevé.

Pour l'application du présent article, les organismes et services échangent les adresses personnelles des intéressés dans les conditions, garantissant notamment l'intégrité et la confidentialité des échanges, fixées par décision du groupement d'intérêt public prévu au neuvième alinéa de l'article L. 161-17 et approuvées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Par dérogation aux dispositions des deux premiers alinéas du présent III, lorsque le bénéficiaire a la qualité de fonctionnaire de l'Etat, de militaire ou de magistrat, le relevé peut, si l'Etat employeur le décide, lui être adressé par l'intermédiaire de son service gestionnaire. Un arrêté conjoint, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, du ministre de la fonction publique et du ministre chargé du budget fixe les conditions garantissant l'intégrité et la confidentialité de l'envoi.

Article D161-2-1-7

Sous réserve de l'application des dispositions des 3° à 5° de l'article 3 du décret n° 2006-708 du 19 juin 2006 relatif aux modalités et au calendrier de mise en oeuvre du droit des assurés à l'information sur leur retraite et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), l'estimation indicative globale mentionnée au huitième alinéa de l'article L. 161-17 comporte les données mentionnées au 1° de l'article D. 161-2-1-4 ainsi que le montant total et le montant de chacune des pensions susceptibles d'être versées au bénéficiaire ; elle ne comporte pas la ou les pensions dont le bénéficiaire a obtenu ou, s'il a atteint l'âge à partir duquel le droit est ouvert, demandé la liquidation ou, en cas de retraite progressive, la liquidation provisoire au plus tard à la date à laquelle est établie l'estimation.

Le montant des pensions est estimé :

1° Pour les bénéficiaires ayant relevé des régimes mentionnés aux 1° à 3° de l'article R. 161-10 et de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités locales :

- a) A l'âge de prévu à l'article L. 161-17-2 ;
- b) A l'âge atteint à la date prévisible à laquelle la pension pourrait être liquidée, selon les régimes, au taux plein ou sans coefficient d'abattement ;
- c) A l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 ;
- d) S'il est plus élevé, à l'âge atteint l'année où est établie l'estimation.

2° Pour les bénéficiaires ayant relevé des régimes mentionnés à l'article R. 161-10 autres que ceux mentionnés au 1° du présent article :

- a) A l'âge d'ouverture du droit à pension ;
- b) A l'âge atteint à la date prévisible à laquelle la pension pourra être liquidée, selon les régimes, sans coefficient d'abattement ou à son pourcentage maximum ;
- c) A l'âge limite applicable à la catégorie dont relève le bénéficiaire ;
- d) S'il est plus élevé, à l'âge atteint l'année où est établie l'estimation.

L'âge et la date fixés au 1° ou au 2° du présent article sont mentionnés sur l'estimation.

Dans le cas où le bénéficiaire exerce, à la date à laquelle elle est établie, une activité relevant d'un régime où est applicable la surcote, l'estimation comporte également l'indication du ou des régimes dont il relève ou a relevé où la surcote est applicable ainsi que le taux et les conditions requises pour son application et la date prévisible à laquelle elle pourrait être appliquée à cette ou à ces pensions dans l'hypothèse de la poursuite de la situation du bénéficiaire dans le régime ou les régimes concernés jusqu'à cette date ou, si le bénéficiaire remplit les conditions pour en bénéficier, le montant de surcote afférent à chacune des pensions.

Pour l'estimation de chaque pension, sont prises en compte les données pertinentes mentionnées aux 4° à 9° de l'article R. 161-11, complétées, le cas échéant, des données mentionnées au 3° du même article connues à la date à laquelle l'estimation est établie et arrêtées pour leur valeur prévisible dans l'hypothèse de la poursuite de la situation du bénéficiaire dans le régime à la date à laquelle l'estimation est établie jusqu'à l'âge mentionné au 1° ou au 2° du présent article.

A cette même fin, chaque organisme ou service fait application des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles en vigueur dans le ou les régimes dont il a la charge à la date à laquelle l'estimation est établie et susceptibles d'être appliquées au bénéficiaire compte tenu de son âge ou de sa situation à cette date en application de la législation, ou des décisions des instances compétentes du régime, en vigueur à la date à laquelle l'estimation est réalisée et connues ou rendues publiques pour les années à venir.

Chaque organisme ou service retient les hypothèses établies et rendues publiques par le conseil d'orientation des retraites visé à l'article L. 114-2 dans le cadre de la mission qui lui est confiée en application du 5° de cet article et relatives aux facteurs pouvant affecter la détermination du montant des pensions de chaque régime.

L'indication de l'envoi de l'estimation à titre de renseignement, le caractère estimatif et non contractuel de l'estimation et l'absence d'engagement de l'organisme ou du service ayant établi l'estimation ou de l'organisme ou du service en charge du ou des régimes concernés de verser aux âges indiqués le ou les montants estimés sont mentionnés sur l'estimation.

L'estimation est accompagnée d'une information sur les dispositifs mentionnés aux articles L. 161-22, L. 241-3-1 et L. 351-15.

Article D161-2-1-8

Sous réserve de l'application des dispositions du 2° de l'article 3 du décret n° 2006-708 du 19 juin 2006 relatif aux modalités et au calendrier de mise en oeuvre du droit des assurés à l'information sur leur retraite et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), l'estimation mentionnée à l'article D. 161-2-1-7 est adressée, à l'initiative des organismes ou services, aux bénéficiaires atteignant, à partir du 1er juillet 2011, chaque année, l'âge de 55 ans.

La périodicité mentionnée au huitième alinéa de l'article L. 161-17 est fixée à cinq ans à compter de l'âge fixé au premier alinéa du présent article.

Les dispositions du sixième alinéa de l'article D. 161-2-1-5 et celles du II et du III de l'article D. 161-2-1-6 relatives à l'envoi du relevé de situation individuelle sont applicables à l'envoi de l'estimation.

Article D161-2-1-8-1

Les règles d'attribution des majorations de durée d'assurance prévues par l'article L. 351-4 sont présentées sur les sites internet des caisses nationales des régimes mentionnés au premier alinéa de l'article R. 173-1.

Ces caisses élaborent, en outre, un plan de diffusion de documents destinés à l'information des assurés notamment en ce qui concerne le délai dans lequel ceux-ci peuvent exprimer l'option ou le désaccord prévus aux II et III de l'article L. 351-4.

Ces caisses concluent une convention qui détermine dans quelles conditions sont réparties entre elles les dépenses découlant du présent article.

Article D161-2-1-8-2

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 161-17, un document d'information générale est délivré à l'assuré au cours de l'année civile suivant la première année civile au titre de laquelle il a validé au moins deux trimestres d'assurance dans un régime de retraite légalement obligatoire, sauf s'il a déjà bénéficié de cette information antérieurement au titre des mêmes dispositions.

Ce document est délivré par l'organisme ou le service mentionné à l'article R. 161-10 dont le bénéficiaire a relevé au cours de l'année civile précédant l'envoi. Lorsque le bénéficiaire a relevé de plusieurs régimes gérés par des organismes ou services distincts, le document est délivré par l'organisme ou le service déterminé selon les modalités fixées par décision du groupement d'intérêt public prévu au neuvième alinéa de l'article L. 161-17 et approuvées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le document d'information générale est envoyé par l'organisme ou le service compétent à l'adresse personnelle du bénéficiaire, postale ou électronique, connue par cet organisme ou service ou qui lui a été communiquée par l'un des organismes ou services en charge de l'un des régimes dont il a relevé, ou est mis à la disposition du bénéficiaire par tout autre moyen de communication électronique.

Pour l'application du présent article, les organismes et services échangent les adresses personnelles des intéressés dans des conditions garantissant notamment l'intégrité et la confidentialité des échanges, fixées par décision du groupement d'intérêt public prévu au neuvième alinéa de l'article L. 161-17 et approuvées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Le document d'information générale, dont le contenu est défini par le groupement d'intérêt public prévu au neuvième alinéa de l'article L. 161-17, comporte notamment :

1° Une présentation générale du système de retraite par répartition, des règles d'acquisition de droits à pension et du mode de calcul des pensions, qui rappelle le principe de solidarité intergénérationnelle, le caractère contributif des régimes et les mécanismes de solidarité applicables ;

2° Une information sur l'impact potentiel sur la constitution de droits à retraite d'une activité professionnelle réduite, exercée à temps partiel ou donnant lieu à versement de cotisations forfaitaires en application de l'article L. 241-3, ainsi que sur la possibilité de cotiser à un régime de retraite légalement ou réglementairement obligatoire sur une assiette correspondant à une activité exercée à temps plein en cas d'emploi à temps partiel, en particulier dans les conditions prévues à l'article L. 241-3-1 ;

3° Une information sur les modalités de prise en compte des activités professionnelles accomplies dans l'Union européenne et ou dans un Etat tiers, pour autant qu'il ait conclu une convention bilatérale de sécurité sociale avec la France.

Article D161-2-1-8-3

I. # L'entretien mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 161-17 est ouvert aux personnes d'au moins 45 ans qui ont relevé, à titre obligatoire ou volontaire, en qualité d'assurés ou à raison des services accomplis, d'un régime de retraite légalement ou réglementairement obligatoire, avant le 1er janvier de l'année au cours de laquelle elles demandent à bénéficier de l'entretien, sous réserve qu'elles n'aient pas déjà obtenu la liquidation ou, en cas de retraite progressive, la liquidation provisoire de leur pension dans ce régime.

L'entretien est réalisé dans un délai maximal de six mois suivant la demande de l'assuré.

II. # La demande d'entretien est adressée à l'un des organismes ou services mentionnés à l'article R.

161-10 parmi ceux en charge de la gestion de l'un des régimes dont le bénéficiaire relève ou a relevé et dont il n'a pas obtenu, à la date à laquelle il adresse sa demande, la liquidation ou, en cas de retraite progressive, la liquidation provisoire de la ou des pensions dont cet organisme ou service a la charge.

Pour être recevable, la demande doit comporter les mentions prévues aux 1° et 2° de l'article R. 161-11 ainsi que l'indication d'au moins l'un des régimes dont il déclare relever ou avoir relevé.

La demande est établie selon les modalités définies par décision du groupement d'intérêt public mentionné au neuvième alinéa de l'article L. 161-17.

Dans le cas où l'assuré a adressé sa demande à un organisme ou service en charge d'un ou de plusieurs régimes où il n'a pas la qualité d'assuré ou dont il perçoit la ou les pensions, cet organisme ou ce service lui indique les organismes ou services auxquels il peut s'adresser en application du premier alinéa du présent II. Si l'assuré n'apporte pas d'indication permettant d'identifier un autre régime, cet organisme ou ce service l'informe qu'il doit s'adresser à un autre organisme ou service et lui communique la liste de ces organismes ou services.

Les assurés ayant bénéficié d'un entretien au titre du présent article ne peuvent bénéficier d'un nouvel entretien avant l'expiration d'un délai de six mois à compter de celui-ci.

A la demande de l'assuré, de l'organisme ou du service, l'entretien peut se dérouler par téléphone ou, avec l'accord de l'organisme ou du service et celui de l'assuré, par tout moyen de communication électronique.

III. # L'entretien a notamment pour objet :

1° D'informer l'assuré sur les possibilités ouvertes dans les régimes de retraite légalement ou réglementairement obligatoires :

- a) De cotiser en cas d'emploi à temps partiel sur une assiette correspondant à une activité exercée à temps plein ;
- b) De compléter la durée d'assurance au titre de certaines périodes, telles que les années d'études supérieures, les années d'activité incomplètes ou les périodes d'activité professionnelle exercées hors de France ;
- c) De liquider une pension de retraite à titre provisoire en application de l'article L. 351-15 ou de dispositions législatives ou réglementaires ayant le même objet ;
- d) De majorer la pension de retraite en application de l'article L. 351-1-2 ou de dispositions législatives ou réglementaires ayant le même objet ;
- e) D'exercer une activité professionnelle procurant des revenus après la liquidation d'une pension de retraite.

Pour l'application du présent 1°, un document d'information, défini par le groupement d'intérêt public prévu au neuvième alinéa de l'article L. 161-17, est remis à l'assuré. Il comporte également les éléments définis aux 2° et 3° de l'article D. 161-2-1-8-2 ;

2° D'inviter l'assuré à vérifier la complétude des données du relevé mentionné à l'article R. 161-10 au regard de l'ensemble des droits qu'il a pu constituer dans les régimes de retraite légalement ou réglementairement obligatoires ;

3° De répondre aux questions de l'assuré relatives aux droits qu'il a pu constituer dans les régimes de retraite légalement obligatoires et aux perspectives d'évolution de ces droits, compte tenu des choix et aléas de carrière éventuels ;

4° De communiquer à l'assuré des simulations du montant potentiel de sa future pension, en prenant l'hypothèse d'une liquidation des droits :

- a) A l'âge d'ouverture des droits à retraite et à l'âge auquel s'annule le coefficient de minoration ;
- b) A la demande de l'assuré, selon d'autres hypothèses.

Les simulations sont remises à l'assuré lors de l'entretien ou, au plus tard, dans un délai de trois

mois suivant la transmission par l'intéressé de justificatifs relatifs aux données du relevé mentionné à l'article R. 161-10.

IV. # Les simulations mentionnées au 4° du III sont réalisées à législation constante et sur la base d'hypothèses économiques et d'évolution salariale fixées chaque année par le groupement d'intérêt public prévu au neuvième alinéa de l'article L. 161-17. Les informations et données transmises aux assurés en application du présent alinéa n'engagent pas la responsabilité des organismes et services en charge de les délivrer.

Afin d'assurer la réalisation de ces simulations, un outil de simulation est rendu accessible en ligne aux assurés, selon des modalités fixées par décision du groupement d'intérêt public visé au neuvième alinéa de l'article L. 161-17.

V. # Lorsque, dans le cadre de l'entretien, l'assuré soulève une question relative à ses droits à retraite en application du 1° du présent article ou formule une demande de rectification relative aux données du relevé mentionné à l'article R. 161-10 en application du 3°, qui ne relèvent pas de la compétence de l'organisme ou service réalisant l'entretien, ce dernier la transmet dans un délai de deux semaines à l'organisme ou service compétent, lequel adresse une réponse à l'assuré dans un délai de deux mois.

Paragraphe 2 : Ouverture du droit et liquidation.

Article D161-2-1-9

L'âge prévu au second alinéa de l'article L. 161-17-2 est fixé à :

- 1° Soixante ans pour les assurés nés avant le 1er juillet 1951 ;
- 2° Soixante ans et quatre mois pour les assurés nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1951 inclus ;
- 3° Soixante ans et neuf mois pour les assurés nés en 1952 ;
- 4° Soixante et un ans et deux mois pour les assurés nés en 1953 ;
- 5° Soixante et un ans et sept mois pour les assurés nés en 1954 ;
- 6° Soixante deux ans pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1955.

Article D161-2-2

Pour l'application de l'article L. 161-18, la caisse compétente pour apprécier l'inaptitude au travail est celle où l'intéressé a été affilié en dernier lieu. En cas d'activités simultanées relevant des régimes visés à l'article L. 161-18, la demande est valablement adressée à l'un des organismes dont relèvent ces activités. L'organisme qui apprécie l'inaptitude au travail informe le ou les autres régimes en cause.

Article D161-2-3

La caisse qui apprécie l'inaptitude au travail est chargée du contrôle du montant des revenus professionnels prévu selon le cas à l'article R. 352-2, dernier alinéa, à l'article D. 634-2 ou à l'article 71 (1) (§ 3-III, dernier alinéa) du décret n° 50-1225 du 21 septembre 1950, ainsi que du respect des dispositions prévues à l'article L. 732-36 du code rural et de la pêche maritime.

Article D161-2-4

Pour l'application de l'article L. 161-18-1 et à l'exclusion des prestations visées au titre Ier du livre VIII, la régularité du séjour est justifiée par la production d'un des documents ou titres mentionnés à l'article D. 115-1.

Paragraphe 3 : Service des pensions de vieillesse.

Article D161-2-5

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 161-22, le service d'une pension de vieillesse est assuré à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assuré a rompu tout lien professionnel avec son employeur ou a cessé l'activité non salariée visée audit alinéa.

Pour les pensions dont l'échéance est fixée au premier jour de chaque trimestre civil, le service de la pension est assuré à compter du premier jour du trimestre civil suivant celui au cours duquel l'assuré se trouve dans la situation définie à l'alinéa précédent.

Dans le cas où il exerçait en dernier lieu une activité non salariée au sens du premier alinéa de l'article L. 161-22, l'assuré doit établir, par tout mode de preuve, qu'il a cessé définitivement cette activité, notamment par la production, suivant la nature de l'activité, d'un certificat de radiation du registre du commerce et des sociétés, du répertoire des métiers ou du registre des entreprises des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, ou d'un certificat de cessation d'activité du chef d'entreprise délivré par la chambre de métiers et de l'artisanat de région .

Dans les autres cas, l'assuré doit produire une attestation sur l'honneur mentionnant la date de cessation de toute activité auprès du ou des employeurs dont il relevait au cours des six mois précédant la date d'effet de la pension. Lorsque l'assuré exerçait en dernier lieu une activité salariée relevant d'un régime spécial de retraite auquel s'appliquent les dispositions de l'article L. 161-22 dont la gestion est assurée par l'employeur dont il relevait au titre de cette activité, il est dispensé de la production de cette attestation pour le service de la pension due par ce régime.

Article D161-2-6

Les activités antérieures et postérieures à la date d'effet de la pension qui doivent être prises en

compte pour l'application des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22, dans les conditions définies aux articles D. 161-2-7 à D. 161-2-10, D. 161-2-12, D. 161-2-15 et D. 161-2-16, sont celles qui ont donné lieu ou donnent lieu à affiliation aux régimes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 161-22, à l'exception des activités mentionnées aux 1° à 7° de l'article L. 161-22. Toutefois, lorsque les assurés exerçant les activités mentionnées au 7° de l'article L. 161-22 ne peuvent bénéficier des règles prévues par cet alinéa et que leur situation est alors examinée au regard des dispositions des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22, les revenus procurés par ces activités sont pris en compte pour l'application de ces dernières dispositions.

Article D161-2-7

I. - Sous réserve des dispositions des deux alinéas suivants et des II et IV ci-après, le revenu de l'activité antérieure à la date d'effet de la pension qui doit être pris en compte pour l'application des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22 est égal à la moyenne mensuelle des revenus d'activité perçus au cours de la période définie au III retenus pour le calcul de la contribution sociale généralisée instituée à l'article L. 136-1.

Pour les périodes d'activité antérieures au 1er février 1991, le revenu d'activité est égal à la moyenne mensuelle des revenus d'activité perçus au cours de la période définie au III retenus pour le calcul des cotisations affectées à la couverture des charges de prestations familiales.

Lorsque, dans un ou plusieurs régimes mentionnés à l'article L. 161-22, l'intéressé a relevé, successivement ou simultanément, de plusieurs employeurs au cours de la période définie au III ou a exercé, successivement ou simultanément, plusieurs activités non salariées au sens du premier alinéa de l'article L. 161-22 au cours de cette période, l'ensemble des revenus mentionnés aux deux alinéas précédents et perçus au cours de ladite période est pris en considération.

La prise en compte des revenus mentionnés aux trois alinéas précédents est subordonnée à la production, par l'assuré, des bulletins de salaires correspondants ou de tout autre moyen de preuve.

II. - En cas d'activité salariée exercée à temps partiel au cours de la période définie au III, le revenu d'activité défini au I ne peut être inférieur à celui correspondant à une activité exercée à temps complet.

Lorsque l'intéressé a exercé au cours de la période définie au III, une activité à temps partiel auprès de plusieurs employeurs relevant des régimes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 161-22, le total des rémunérations à prendre en compte ne peut être inférieur à la rémunération correspondant à l'activité à temps complet la plus élevée.

L'application des dispositions des deux alinéas précédents est mise en oeuvre à la demande de l'assuré. A l'appui de sa demande, celui-ci doit produire une attestation du ou des employeurs concernés faisant apparaître la durée de travail de l'intéressé durant la période de référence et la durée de travail à temps complet applicable à l'entreprise durant cette même période ou tout autre moyen de preuve.

III. - La période retenue pour la détermination du revenu de l'activité antérieure à la date d'effet de la pension correspond au mois civil au cours duquel est intervenue la cessation d'activité dans le régime relevant du premier alinéa de l'article L. 161-22 auquel l'intéressé a été affilié en dernier lieu et aux deux mois civils précédents.

En cas d'affiliation simultanée à plusieurs régimes relevant du premier alinéa de l'article L. 161-22 antérieurement à la date d'effet de la pension, la période définie à l'alinéa précédent est celle justifiée dans au moins un régime.

Lorsque les pensions acquises au titre de plusieurs régimes relevant du premier alinéa de l'article L. 161-22 prennent effet à des dates différentes, les règles définies aux deux alinéas précédents sont mises en oeuvre sur la base de la période d'affiliation au régime dont l'intéressé a relevé en dernier lieu constatée lors de la dernière liquidation.

IV. - Lorsque la dernière période d'activité dans le régime relevant du premier alinéa de l'article L. 161-22 auquel l'intéressé a été affilié en dernier lieu antérieurement à la date d'effet de la pension est d'une durée inférieure à celle définie au premier alinéa du III, le revenu qui doit être pris en compte pour l'application des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22 est déterminé dans les conditions suivantes :

1° Si les revenus d'activité retenus pour le calcul de la contribution ou des cotisations mentionnées aux premier et deuxième alinéas du I ont été perçus au cours d'un seul mois civil, le revenu mentionné à l'alinéa précédent correspond au total desdits revenus ;

2° Si les revenus d'activité retenus pour le calcul de la contribution ou des cotisations mentionnées aux premier et deuxième alinéas du I ont été perçus au cours de deux mois civils, le revenu mentionné au premier alinéa correspond à la moyenne mensuelle desdits revenus.

Les règles définies aux troisième et quatrième alinéas du I, au II et aux deuxième et troisième alinéas du III sont également applicables dans la situation prévue au premier alinéa.

Article D161-2-8

Pour la période postérieure à celle définie aux III et IV de l'article D. 161-2-7 et antérieure à la date à laquelle sont mises en oeuvre les règles prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22, le revenu défini à l'article D. 161-2-7 est revalorisé, sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant, dans les mêmes conditions que les pensions servies par le régime au titre duquel ce revenu a donné lieu à cotisation.

Lorsque l'intéressé a relevé, au cours de la période définie aux III et IV de l'article D. 161-2-7, de plusieurs régimes relevant du premier alinéa de l'article L. 161-22, le revenu est revalorisé sur la base du dispositif de revalorisation des pensions applicable dans le régime de la plus longue durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes au sens des articles R. 351-3 et R. 351-4.

Article D161-2-9

Le revenu défini à l'article D. 161-2-7, le cas échéant revalorisé en application de l'article D. 161-2-8, ne peut être inférieur à 160 % du montant mensuel du salaire minimum de croissance déterminé compte tenu de la valeur horaire de ce salaire au 1er janvier de l'année au cours de laquelle sont mises en oeuvre les règles prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22 et sur la base de 1 820 heures par année civile.

Article D161-2-10

Le revenu de l'activité postérieure à la date d'effet de la pension qui doit être pris en compte pour l'application des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22 est le revenu servant de base au calcul de la contribution sociale généralisée instituée à l'article L. 136-1.

Lorsque l'intéressé relève simultanément de plusieurs employeurs ou exerce simultanément plusieurs activités non salariées au sens du premier alinéa de l'article L. 161-22, l'ensemble des revenus perçus est pris en considération.

Article D161-2-11

Les pensions qui doivent être prises en compte pour l'application des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22 sont les pensions de droit direct liquidées par les régimes visés auxdits alinéas, quelle que soit leur date d'effet. Sont également pris en compte les avantages accessoires de ces pensions qui sont liquidés au titre de ces régimes, à l'exception de la majoration pour aide constante d'une tierce personne. Ces pensions et avantages accessoires sont retenus pour leur montant brut.

Article D161-2-12

Les activités antérieures à la date d'effet de la pension qui doivent être prises en considération pour la mise en oeuvre des trois premiers alinéas de l'article L. 161-22 sont celles exercées au cours des six mois précédant la date d'effet de la pension.

En cas de reprise, postérieurement à la date d'effet de la pension, soit d'une activité salariée pour le compte de l'employeur dont relevait l'assuré avant cette date, soit de l'activité non salariée, au sens du premier alinéa de l'article L. 161-22, qu'exerçait l'assuré pour le compte de la même entreprise avant cette date, la situation de l'intéressé au regard du délai fixé à l'alinéa précédent et du délai de six mois postérieur à la date d'effet de la pension fixé au deuxième alinéa de cet article est appréciée compte tenu :

1° En cas d'exercice d'une activité salariée antérieurement à la date d'effet de la pension : de la date

d'effet de la fin du contrat de travail en vigueur antérieurement à la date d'effet de la pension et, selon la nature de l'activité reprise, soit de la date d'effet du nouveau contrat de travail conclu postérieurement à la date d'effet de la pension avec le même employeur, soit de la date d'effet du début de l'activité non salariée exercée postérieurement à la date d'effet de la pension pour le compte de la même entreprise ;

2° En cas d'exercice d'une activité non salariée antérieurement à la date d'effet de la pension : de la date d'effet de la cessation de cette activité et, d'autre part, selon la nature de l'activité reprise, soit de la date d'effet du contrat de travail conclu postérieurement à la date d'effet de la pension avec l'employeur de la même entreprise, soit de la date d'effet du début de l'activité non salariée exercée postérieurement à la date d'effet de la pension auprès de la même entreprise.

Article D161-2-13

Le titulaire d'une pension de vieillesse d'un ou plusieurs régimes relevant du premier alinéa de l'article L. 161-22 prenant effet à compter de l'âge fixé à l'article R. 161-18 qui reprend une ou plusieurs activités donnant lieu à affiliation à l'un ou plusieurs de ces régimes doit, dans le mois suivant la date de la reprise d'activité, déclarer sa situation, par écrit, à l'organisme qui lui sert la pension au titre de son dernier régime d'affiliation relevant dudit alinéa. En cas d'affiliation simultanée à plusieurs de ces régimes lors du départ en retraite, l'organisme auprès duquel l'assuré doit déclarer sa situation est celui qui lui sert la pension correspondant à la plus longue durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes au sens des articles R. 351-3 et R. 351-4.

L'intéressé doit produire à l'organisme susmentionné les éléments d'information et pièces justificatives suivants :

- a) Les noms et adresses soit du ou des employeurs auprès desquels il exerce une activité salariée, soit du ou des entreprises auprès desquelles il exerce une activité non salariée au sens du premier alinéa de l'article L. 161-22 ;
- b) La date de début de cette ou ces activités ;
- c) Le montant et la nature des revenus professionnels afférents à cette ou ces activités ainsi que le ou les régimes de sécurité sociale auxquels il est affilié à ce titre ;
- d) Les bulletins de salaire afférents à la période définie au III et IV de l'article D. 161-2-7 et, pour les personnes exerçant une activité non salariée au sens de l'article L. 161-22, tout document justificatif des revenus perçus durant ladite période ;
- e) Les noms et adresses des autres organismes de retraite de salariés, de base et complémentaires, qui lui servent une pension.
- f) Le cas échéant, les pièces justificatives prévues au dernier alinéa du II de l'article D. 161-2-7.

Par dérogation au deuxième alinéa, l'assuré qui entend cumuler le bénéfice de sa pension de retraite avec un revenu d'activité dans les conditions prévues aux quatrième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 161-22 produit, auprès du ou des organismes mentionnés au premier alinéa, les éléments prévus aux a et b ci-dessus, lorsqu'ils n'ont pas déjà été communiqués à ces organismes, dans le mois suivant la reprise de l'activité et y joint une attestation sur l'honneur énumérant les différents régimes mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 161-22 dont il a relevé et certifiant qu'il est entré en jouissance de toutes ses pensions de vieillesse personnelles.

Article D161-2-14

Les organismes gestionnaires des régimes relevant du premier alinéa de l'article L. 161-22 rappellent à leurs ressortissants, lors de la liquidation de la pension puis chaque année, les règles prévues par ce même article ainsi que l'obligation de déclaration définie à l'article D. 161-2-13.

L'instruction du dossier de l'assuré, consécutivement à sa déclaration, incombe à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article D. 161-2-13. Lorsque l'assuré a saisi un autre organisme de sécurité sociale, celui-ci transmet la déclaration de l'assuré à l'organisme compétent.

Article D161-2-15

En cas de reprise, dans les six mois postérieurs à la date d'effet de la pension, d'une activité salariée pour le compte de l'employeur dont relevait l'assuré avant cette date ou de l'activité non salariée, au sens du premier alinéa de l'article L. 161-22, qu'exerçait l'assuré pour le compte de la même entreprise avant cette date, la pension n'est pas due :

1° Lorsqu'elle est à échéance mensuelle : pour la période comprise entre le premier jour du mois au cours duquel intervient la reprise de l'activité et le dernier jour du mois au cours duquel cesse l'activité et, au plus tard, le dernier jour du sixième mois courant à compter de la date d'effet de la pension ;

2° Lorsqu'elle est à échéance trimestrielle : pour la période comprise entre le premier jour du trimestre au cours duquel intervient la reprise de l'activité et le dernier jour du trimestre au cours duquel cesse l'activité et, au plus tard, le dernier jour du sixième mois courant à compter de la date d'effet de la pension.

Les dispositions ci-dessus sont également applicables lorsque l'assuré n'a pas cessé son activité à la date d'effet de sa pension. Dans ce cas, l'application de ces dispositions court à compter de la date d'effet de la pension.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurés remplissant, lors de la reprise d'activité, les conditions prévues aux quatrième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 161-22.

Article D161-2-16

I.-Les dispositions du présent article sont applicables :

1° En cas de reprise, postérieurement à la date d'effet de la pension, d'une activité salariée pour le compte de l'employeur dont relevait l'assuré avant cette date ou de l'activité non salariée, au sens du premier alinéa de l'article L. 161-22, qu'exerçait l'assuré pour le compte de la même entreprise avant cette date : à compter du premier jour du septième mois courant de la date d'effet de la pension ;

2° En cas de reprise, postérieurement à la date d'effet de la pension, d'une activité salariée pour le compte d'un employeur autre que celui mentionné au 1° ou d'une activité non salariée, au sens du premier alinéa de l'article L. 161-22, pour le compte d'une entreprise autre que celle mentionnée au

1° : à compter de la date d'effet de la pension.

Toutefois, les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurés remplissant les conditions prévues aux quatrième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 161-22.

II.-La pension dont l'échéance est mensuelle n'est pas due pour le mois civil au cours duquel le montant des revenus d'activité tels qu'ils sont définis à l'article D. 161-2-10 est supérieur à la différence entre, d'une part, le montant du dernier revenu d'activité antérieur à la date d'effet de la pension tel qu'il résulte de l'application des articles D. 161-2-7 à D. 161-2-9 et, d'autre part, le total du montant des pensions de retraite mentionnées à l'article D. 161-2-11. Lorsqu'une ou plusieurs pensions de retraite concernées ont une échéance trimestrielle, le montant à prendre en considération est déterminé sur une base mensuelle.

III.-La pension dont l'échéance est trimestrielle n'est pas due pour le trimestre au cours duquel le montant des revenus d'activité tels qu'ils sont définis à l'article D. 161-2-10 est supérieur à la différence entre, d'une part, le montant du dernier revenu d'activité antérieur à la date d'effet de la pension tel qu'il résulte de l'application des articles D. 161-2-7 à D. 161-2-9 et, d'autre part, le total du montant des pensions de retraite visées à l'article D. 161-2-11. Lorsqu'une ou plusieurs pensions de retraite concernées ont une échéance mensuelle, le montant à prendre en considération est déterminé sur une base trimestrielle. Il en est de même pour le montant du dernier revenu d'activité antérieur à la date d'effet de la pension.

IV.-Lorsque la déclaration de l'assuré intervient dans le délai fixé au premier alinéa de l'article D. 161-2-13, les dispositions du II et du III prennent effet à compter du premier jour du mois ou du trimestre suivant celui au cours duquel l'organisme compétent notifie sa décision à l'assuré.

V.-Pour apprécier la situation de l'assuré au regard de la règle de suspension du service de la pension prévue au troisième alinéa de l'article L. 161-22, sont pris en compte les revenus définis à l'article D. 161-2-10 et les pensions mentionnées à l'article D. 161-2-11 afférents à la période correspondant à la dernière échéance de la pension concernée par cette règle. Lorsqu'une ou plusieurs pensions à prendre en compte ont une échéance différente de celle de la pension faisant l'objet de la règle précitée, le montant à retenir est déterminé sur la base de l'échéance correspondant à cette dernière pension.

En cas de suspension du service de la pension, celle-ci dure aussi longtemps que l'assuré ne fait pas état d'une baisse de ses revenus d'activité ou de la cessation de son activité. Le rétablissement du service de la pension prend effet au premier jour du mois ou du trimestre au cours duquel les conditions de rétablissement sont remplies. Un rappel d'arrérages est le cas échéant versé.

Article D161-2-16-1

L'assuré bénéficie des dispositions des quatrième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 161-22 à compter du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il remplit les conditions prévues à ce même article.

Article D161-2-17

Pour l'application des règles issues de l'article L. 161-22, les organismes gestionnaires des régimes relevant du premier alinéa de cet article mettent en oeuvre des procédures de contrôle a posteriori.

Le contrôle a posteriori est réalisé par l'organisme qui sert la pension au titre du dernier régime d'affiliation relevant du premier alinéa de l'article L. 161-22. En cas d'affiliation simultanée à plusieurs régimes relevant de ces dispositions, l'organisme compétent est celui qui sert la pension rémunérant la plus longue durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes au sens des articles R. 351-3 et R. 351-4.

Dans le cadre d'un contrôle a posteriori, les règles définies à l'article D. 161-2-15 et aux II et III de l'article D. 161-2-16 sont mises en oeuvre pour chaque échéance de pension antérieure au contrôle.

Article D161-2-18

La décision prise par l'organisme compétent, en application des articles D. 161-2-15 à D. 161-2-17, s'impose aux autres organismes gestionnaires des régimes visés au premier alinéa de l'article L. 161-22 dont le service des pensions relève de cet article, dès lors que l'échéance de paiement des pensions en cause est identique.

Article D161-2-19

Les retraités exerçant une activité mentionnée au 7° de l'article L. 161-22 communiquent aux établissements de santé et aux établissements ou services sociaux et médico-sociaux auprès desquels ils exercent cette activité le nom et l'adresse de l'organisme qui leur sert une pension au titre d'un régime de base relevant de cet article ainsi que la date d'effet de cette pension.

Lorsque les intéressés sont titulaires de pensions au titre de plusieurs régimes de base relevant de l'article L. 161-22, les informations prévues ci-dessus sont fournies pour l'ensemble des organismes concernés, en précisant celui d'entre eux qui sert la pension correspondant à la plus longue durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes au sens des articles R. 351-3 et R. 351-4.

Article D161-2-20

Pour les activités relevant du 7° de l'article L. 161-22, les établissements de santé et les établissements ou services sociaux et médico-sociaux concernés communiquent à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article D. 161-2-19 les informations suivantes :

1° En cas d'exercice d'activités, entre la date d'effet de la pension et le dernier jour du sixième mois courant à compter de cette date, pour le compte de l'établissement ou du service dont relevait l'assuré au cours des six mois précédant la date d'effet de sa pension : la durée totale des activités en cause afférente à la période postérieure à la date d'effet de la pension.

2° Les revenus perçus au titre des activités en cause au cours de chaque année civile, tels qu'ils sont définis au 2° de l'article R. 161-19.

Lorsque les intéressés sont titulaires de pensions au titre de plusieurs régimes de base relevant de l'article L. 161-22, les informations prévues aux 1° et 2° sont fournies à l'organisme qui sert la pension correspondant à la plus longue durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes au sens des articles R. 351-3 et R. 351-4, en lui précisant le nom et l'adresse des autres organismes concernés.

Article D161-2-21

I. - Dans le cas prévu au 1° de l'article D. 161-2-20 et lorsque la durée totale des activités en cause afférente à la période postérieure à la date d'effet de la pension est supérieure à la moitié de celle définie au 1° de l'article R. 161-19, les arrérages de pension correspondant à la période d'exercice desdites activités ne sont pas dus.

Lorsque les intéressés sont titulaires de pensions au titre de plusieurs régimes de base relevant de l'article L. 161-22, les dispositions de l'alinéa précédent s'appliquent à l'ensemble de ces pensions. La situation des intéressés au regard de ces dispositions est appréciée par l'organisme défini au dernier alinéa de l'article D. 161-2-20, lequel en informe ensuite les autres organismes concernés.

II. - Sous réserve des dispositions du I, la réduction de la pension de retraite prévue au 7° de l'article L. 161-22 est applicable lorsque les revenus mentionnés au 2° de l'article D. 161-2-20 sont supérieurs au plafond défini au 2° de l'article R. 161-19. Cette réduction est égale à la différence entre le montant de ces revenus et ce plafond.

Lorsque les intéressés sont titulaires de pensions au titre de plusieurs régimes de base relevant de l'article L. 161-22, les dispositions de l'alinéa précédent s'appliquent au regard de la pension correspondant à la plus longue durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes au sens des articles R. 351-3 et R. 351-4.

Article D161-2-22

Les arrérages non dus en application des articles D. 161-2-15 à D. 161-2-17 et de l'article D. 161-2-21 donnent lieu à remboursement.

Paragraphe 5 : Revalorisation des pensions de vieillesse

Article D161-2-26

La commission mentionnée au premier alinéa de l'article L. 161-23-1 est la commission

économique de la nation créée par le décret n° 99-416 du 26 mai 1999 portant suppression de la commission des comptes et des budgets économiques de la nation et création de la commission économique de la nation.

Sous-section 5 : Accidents du travail.

Article D161-3

Le délai prévu à l'article L. 161-24 est fixé à douze mois.

Section 2 : Dispositions diverses.

Article D161-4

Le décret mentionné à l'article L. 161-25 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article D161-5-1

Pour l'application de l'article L. 161-25-3, il convient d'entendre par durée d'assurance les périodes cotisées à un régime d'assurance vieillesse obligatoire ou volontaire, les périodes assimilées, la majoration de durée d'assurance pour enfant, le congé parental d'éducation, les périodes de perception de l'allocation de préparation à la retraite en faveur des anciens combattants et les majorations de trimestres d'assurance au-delà de l'âge prévu par le 1° de l'article L. 351-8.

Ces durées d'assurance, qui peuvent avoir été acquises dans plusieurs régimes de retraite obligatoires, se cumulent pour l'appréciation des 15 ans mentionnés au premier alinéa de l'article L. 161-25-3.

Section 4 : Systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé

Article D161-6

Le Comité national paritaire de l'information médicale comprend [*composition*] :

1° Un conseiller maître de la Cour des comptes, président, nommé sur proposition du premier président de la Cour des comptes ;

2° Quinze représentants des professions et établissements de santé ;

3° Quinze représentants des caisses nationales d'assurance maladie.

Les membres du comité sont nommés pour trois ans [*durée du mandat*].

Article D161-7

Les membres du Comité national paritaire de l'information médicale mentionnés au 2° de l'article D. 161-6 comprennent [*composition*] :

1° Quatre professionnels nommés sur proposition conjointe des organisations nationales syndicales les plus représentatives, au sens de l'article L. 162-33, des médecins ou, à défaut, après consultation de ces organisations ;

2° Un professionnel nommé sur proposition conjointe des organisations nationales syndicales les plus représentatives, au sens de l'article L. 162-33, des chirurgiens-dentistes ou, à défaut, après consultation de ces organisations ;

3° Un professionnel nommé sur proposition conjointe des organisations nationales syndicales les plus représentatives, au sens de l'article L. 162-33, des sages-femmes ou, à défaut, après consultation de ces organisations ;

4° Un professionnel nommé sur proposition conjointe des organisations nationales syndicales les plus représentatives des pharmaciens ou, à défaut, après consultation de ces organisations ;

5° Un professionnel nommé sur proposition conjointe des organisations nationales syndicales les plus représentatives, des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale ou, à défaut, après consultation de ces organisations ;

6° Trois professionnels représentant les auxiliaires médicaux pratiquant des actes inscrits à la nomenclature des actes professionnels dont un nommé sur proposition conjointe des organisations nationales syndicales les plus représentatives, au sens de l'article L. 162-33, des infirmiers ou, à défaut, après consultation de ces organisations, un nommé sur proposition conjointe des organisations nationales syndicales les plus représentatives, au sens de l'article L. 162-33, des masseurs-kinésithérapeutes ou, à défaut, après consultation de ces organisations, et un nommé sur proposition conjointe des organisations nationales syndicales les plus représentatives, au sens de l'article L. 162-33, des autres auxiliaires médicaux ou, à défaut, après consultation de ces organisations ;

7° Trois personnes nommées sur proposition conjointe des organisations nationales représentant les établissements privés ou, à défaut, après consultation de ces organisations ;

8° Une personne nommée sur proposition conjointe des organisations nationales représentant les centres de santé agréés ou, à défaut, après consultation de ces organisations.

Les suppléants sont nommés dans les mêmes conditions que les titulaires.

Article D161-8

Les membres du Comité national paritaire de l'information médicale mentionnés au 3° de l'article D. 161-6 comprennent :

1° Le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, le directeur général de la caisse centrale de secours mutuels agricoles et le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou leurs représentants ;

2° Le médecin-conseil national de chacune des caisses nationales mentionnées au 1°, ou son représentant ;

3° Deux administrateurs de chacune des caisses nationales mentionnées au 1°, désignés en leur sein par les conseils d'administration ou leurs suppléants ;

4° Une personnalité qualifiée nommée par chacune des caisses nationales mentionnées au 1°.

Article D161-9

Le Comité national de l'information médicale se réunit sur convocation de son président ou à la demande de la majorité des membres qui le compose.

Les deux catégories de représentants mentionnés aux 2° et 3° de l'article D. 161-6 élisent chacune en leur sein un vice-président.

Article D161-10

Le Comité national paritaire de l'information médicale élabore son règlement intérieur [*contenu*]. Celui-ci fixe notamment :

1° Les conditions de fonctionnement du comité ;

2° Les conditions dans lesquelles les membres du comité peuvent se donner procuration ;

3° Les conditions dans lesquelles le comité peut se réunir en formation restreinte pour examiner des questions particulières.

Article D161-11

Les décisions du Comité national paritaire de l'information médicale sont prises à la majorité des membres présents.

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

Les délibérations du comité donnent lieu à l'établissement de procès-verbaux signés du président. Le secrétariat du comité est assuré par le ministère chargé de la sécurité sociale.

Les membres du comité, ainsi que toute personne qui assiste aux réunions du comité, sont tenus au secret professionnel selon les règles prévues pour les administrateurs des organismes de sécurité sociale.

Article D161-12

Les membres du comité sont indemnisés, le cas échéant, de leurs frais de déplacement et de séjour. Ces frais sont à la charge [*charge financière*] de l'Etat.

Article D161-13

Pour l'application de l'article L. 161-30, le Comité national paritaire de l'information médicale :

1° Emet à la demande du ministre chargé de la sécurité sociale des avis sur les dispositions réglementaires prises pour l'application du premier alinéa de l'article L. 161-29 ;

2° Emet à la demande du ministre chargé de la sécurité sociale, des caisses nationales d'assurance maladie ou des organisations syndicales de professionnels ou d'établissements de santé tous avis relatifs à l'application de l'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale.

Article D161-13-1

Lors de la délivrance de produits de santé remboursables destinés à un patient porteur de la carte électronique individuelle interrégimes ou à un de ses ayants droit, le pharmacien est tenu de reporter sur l'original de l'ordonnance le montant total des produits délivrés ainsi que la part prise en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire du patient.

Section 5 : Titres et documents attestant de la régularité du séjour et du travail des ressortissants étrangers

Article D161-14

Les titres ou documents prévus à l'article L. 161-25-1 sont ceux mentionnés à l'article D. 115-1.

Article D161-15

Les titres de séjour mentionnés à l'article L. 161-25-2 sont les suivants :

1° Carte de résident ;

2° Carte de séjour temporaire ;

3° Certificat de résidence de ressortissant algérien ;

4° Récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci-dessus ;

5° Récépissé de première demande de titre de séjour accompagné soit du certificat de contrôle médical délivré par l'Office des migrations internationales au titre du regroupement familial, soit d'un acte d'état civil attestant la qualité de membre de la famille d'une personne de nationalité française ;

6° Récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de trois mois renouvelable portant la mention :

" reconnu réfugié" ;

7° Récépissé de demande de titre de séjour portant la mention :

"étranger admis au titre de l'asile" d'une durée de validité de six mois, renouvelable ;

8° Autorisation provisoire de séjour ;

9° Paragraphe supprimé

10° Le passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant

autorisation de séjour.

Chapitre 1er bis : Haute Autorité de santé

Section unique : Contribution financière des établissements de santé

Article D161-16

Le montant de la contribution financière versée à la Haute Autorité de santé par les établissements de santé ou les organismes mentionnés à l'article L. 6113-4 du code de la santé publique est fixé comme suit :

Nombre de lits ou places sanitaires autorisés par site au 31 décembre de l'année précédant la visite de certification	Montant de la contribution (en euros)
De 0 à 20 lits et places	3 060
De 21 à 40 lits et places	6 180
De 41 à 140 lits et places	10 380
De 141 à 300 lits et places	15 540
De 301 à 500 lits et places	20 640
De 501 à 750 lits et places	25 920
De 751 à 1 000 lits et places	31 080
De 1 001 à 1 300 lits et places	36 180
Plus de 1 300 lits et places	41 520

Article D161-17

L'établissement de santé ou l'organisme règle le montant de la contribution financière due, dans les trois mois qui suivent la notification de l'ordre de recettes.

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins

Section 1 : Médecins

Sous-section 1 : Organisme gestionnaire des sommes affectées à la formation professionnelle conventionnelle.

Sous-section 2 : Médecin traitant.

Article D162-1-6

Outre les cas mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 162-5-3, la majoration prévue au cinquième alinéa de cet article n'est pas appliquée :

1° Lorsqu'à la suite d'une prescription du médecin traitant, des soins itératifs sont pratiqués par le médecin consulté, sous réserve que ces soins aient fait l'objet d'un plan de soins. Ce plan de soins, convenu entre les deux médecins en accord avec le patient, fixe la nature et la périodicité de ces soins ;

2° En cas d'intervention successive de plusieurs médecins pour une même pathologie, sous réserve que cette séquence de soins soit réalisée en concertation avec le médecin traitant ;

3° Pour les actes et consultations prévus dans le cadre du protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 ;

4° Pour les actes et consultations assurés, en cas d'indisponibilité du médecin traitant, par le médecin qui assure son remplacement ou, lorsque le médecin traitant exerce en centre de santé ou en groupe, par un autre médecin exerçant dans le même centre ou dans un cabinet situé dans les mêmes locaux ;

5° Pour les actes et consultations d'un médecin intervenant au titre de la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique ;

6° Pour les actes et consultations assurés par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies ;

7° Lorsqu'un militaire consulte sur prescription d'un médecin du service de santé des armées.

Article D162-1-7

La majoration prévue au cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 n'est pas appliquée lorsque le patient consulte, sans prescription de son médecin traitant, des médecins relevant des spécialités suivantes : gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, ophtalmologie, psychiatrie et neuro-psychiatrie.

Article D162-1-8

Les durées mentionnées à l'article L. 162-5-4 applicables aux consultations assurées ou prescrites par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral ou par un médecin qui s'installe dans une zone mentionnée à l'article L. 162-47 sont de cinq ans.

Sous-Section 3 : Contrat type comportant des engagements individualisés.

Article D162-1-9

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale disposent d'un délai d'un mois à compter de la réception du contrat type prévu à l'article L. 162-12-21 pour faire connaître leur opposition à l'application de ce contrat.

Sous-section 4 : Mise sous accord préalable des forts prescripteurs

Article D162-1-10

Les dispositions du 5° de l'article L. 162-1-15 sont mises en œuvre selon les modalités suivantes :

1° Pour les produits inscrits sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, l'appréciation du volume de prescription pourra se faire sur la base d'une spécialité ou de regroupements par classe thérapeutique ou par principe actif ;

2° Pour les actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7, le volume de prescription ou de réalisation pourra être apprécié au regard d'un acte déterminé ou d'un groupe défini par :

- a) Un article, un chapitre, un titre ou une lettre clef de la nomenclature générale des actes professionnels ;
- b) Un chapitre ou un sous-chapitre de la classification commune des actes médicaux ;
- c) Un chapitre ou sous-chapitre de la nomenclature des actes de biologie médicale ;

3° Pour les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1, le volume de prescription pourra être apprécié pour un produit ou prestation déterminé ou par un groupe défini par un titre, un chapitre, une section, une sous-section ou un paragraphe de cette liste.

Sous-Section 5 : Procédure contradictoire préalable à une mise sous accord préalable

Article D162-1-17

Le directeur général de l'agence régionale de santé notifie à l'établissement, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, la liste des prestations d'hospitalisation pour lesquelles il envisage la mise en œuvre de la procédure de mise sous accord préalable.

Le représentant légal de l'établissement peut présenter ses observations écrites ou demander à être

entendu par le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de la notification. Le représentant légal de l'établissement peut se faire assister par la personne de son choix.

A l'expiration de ce délai ou après l'audition du représentant légal de l'établissement, si celle-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, le directeur de l'agence régionale de santé notifie à l'établissement et par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception, sa décision. La décision est motivée. Elle précise, le cas échéant, la date effective d'entrée en vigueur de la mise sous accord préalable, son terme, les prestations concernées, ainsi que les voies et délais de recours.

Le directeur général de l'agence régionale de santé fait connaître, simultanément, sa décision au directeur de l'organisme local d'assurance maladie mentionné aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1 et au service du contrôle médical de cet organisme ou placé auprès de ce dernier.

Section 4 : Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques.

Article D162-2-1

Le comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 est composé des membres suivants :

1° Un président et deux vice-présidents, l'un chargé du médicament, l'autre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1, nommés pour une durée de trois ans par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie ;

2° Le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;

3° Le directeur général de la santé ou son représentant ;

4° Le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes ou son représentant ;

5° Le directeur général de la compétitivité, de l'industrie et des services ou son représentant ;

6° Deux représentants des organismes nationaux d'assurance maladie désignés par le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et un représentant désigné conjointement par le directeur de la Caisse nationale du régime social des indépendants et le directeur de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;

7° Un représentant désigné par le conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Assistent aux réunions du comité, avec voix consultative, le directeur général de l'offre de soins ou son représentant et un représentant du ministre chargé de la recherche.

En fonction de l'ordre du jour, le président peut associer le directeur général de la cohésion sociale ou son représentant, un représentant du ministre chargé du budget, un représentant du ministre chargé de l'agriculture, un représentant du ministre chargé des petites et moyennes entreprises ou un représentant du ministre chargé des anciens combattants aux travaux du comité et de ses sections, avec voix consultative.

Lorsque l'ordre du jour comporte l'examen de produits ou prestations relevant de l'article L. 165-1 et

contribuant à la prise en charge d'une perte d'autonomie, le président associe aux travaux du comité et de ses sections, pour le produit ou la prestation concernée, un représentant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, avec voix consultative.

Les directeurs d'administration centrale ne peuvent se faire représenter que par des membres de leur service occupant des fonctions au moins égales à celles de sous-directeur. Les représentants des organismes nationaux d'assurance maladie doivent occuper des fonctions au moins égales à celle de directeur adjoint.

Article D162-2-2

Pour l'exercice de ses missions, le comité peut entendre :

a) Le directeur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou son représentant ;

b) Le président du collège de la Haute Autorité de santé ou son représentant ;

c) Le président de la Commission de la transparence mentionnée à l'article R. 163-15 ou son représentant ;

d) Le président de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 ou son représentant ;

e) Le président de la commission prévue à l'article R. 5054 du code de la santé publique ou son représentant,

ainsi que toute personne qualifiée.

Article D162-2-3

I. - Lorsqu'il exerce les missions définies aux articles L. 162-16-4, L. 162-17-3, L. 162-17-4 et L. 162-18, le comité économique des produits de santé se réunit en section du médicament ; le vice-président qui siège est celui en charge du médicament.

II. - Lorsqu'il exerce les missions définies aux articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4, le comité économique des produits de santé se réunit en section des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 ; le vice-président qui siège est celui en charge des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.

Article D162-2-4

Les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et de l'industrie notifient, après consultation de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, chaque année au président du comité économique des produits de santé, après publication de la loi de financement de la

sécurité sociale, les orientations relatives à la politique économique du médicament, prévues à l'article L. 162-17-3.

Le comité économique des produits de santé remet chaque année un rapport sur l'activité de ses deux sections aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et de l'industrie.

Le comité économique des produits de santé peut être saisi sur les questions relevant de ses attributions mentionnées notamment aux articles L. 162-17-3 et L. 165-4 par les ministres compétents ou par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Le comité économique des produits de santé est saisi par les entreprises exploitant des médicaments, les fabricants ou les distributeurs des produits mentionnés à l'article L. 165-1 pour l'exercice de ses compétences définies aux articles L. 162-17-4, L. 162-18 et L. 165-4.

Article D162-2-5

Le comité économique des produits de santé se réunit sur convocation de son président. Le président fixe l'ordre du jour des séances.

Le président recherche l'accord des membres du comité sur les dossiers qui lui sont présentés. En cas de désaccord, les décisions du comité sont prises à la majorité simple des membres présents. En cas de partage égal des voix, le président a voix prépondérante. Le président du comité notifie immédiatement aux membres du comité mentionnés aux 2°, 3°, 4° et 5° de l'article D. 162-2-1 les décisions relatives aux prix et aux tarifs prises par le comité en application des articles L. 162-16, L. 162-16-4 à L. 162-16-6 et L. 165-2 à L. 165-4.

Le président signe les conventions passées et les décisions prises en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-6, L. 162-17-3, L. 162-17-4, L. 162-18 et L. 165-2 à L. 165-4.

En cas d'absence ou d'empêchement du président, ses pouvoirs sont exercés, pour les missions définies aux articles L. 162-16-4, L. 162-17-3, L. 162-17-4, L. 162-18, par le vice-président chargé du médicament ; pour les missions définies aux articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4, par le vice-président chargé des produits mentionnés à l'article L. 165-1.

Article D162-2-6

Le comité économique des produits de santé élabore son règlement intérieur. Le secrétariat du comité est placé auprès de la direction de la sécurité sociale.

Le président peut confier l'instruction des dossiers étudiés par le comité à des rapporteurs désignés par le comité.

Les membres du comité économique des produits de santé ainsi que les rapporteurs sont soumis aux

dispositions de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique.

Article D162-2-8

Dans la limite des crédits ouverts à cet effet au budget du ministère de l'emploi et de la solidarité, le président, les vice-présidents et les rapporteurs du comité économique des produits de santé peuvent percevoir des indemnités ou vacations dans les conditions ci-après :

Des indemnités peuvent être attribuées au président et aux vice-présidents du comité des produits de santé sauf si ces fonctions sont exercées à temps plein et font l'objet de rémunérations correspondant à des emplois permanents.

L'indemnité allouée au président a un caractère forfaitaire et mensuel.

L'indemnité mensuelle allouée aux vice-présidents a un caractère forfaitaire et mensuel. En outre, le vice-président chargé du médicament peut recevoir une indemnité variable fixée par le président du comité économique des produits de santé en fonction des sujétions rencontrées dans l'exercice de ses fonctions.

Les rapporteurs désignés en application de l'article D. 162-2-6 perçoivent pour leurs travaux des vacations dont le nombre est fixé par le président du comité selon l'importance des travaux effectués.

Le montant des indemnités attribuées au président et aux vice-présidents ainsi que le taux unitaire et le nombre maximum annuel de vacations allouées à un même rapporteur sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de la fonction publique.

Le président, les vice-présidents, les membres et les rapporteurs du comité économique des produits de santé peuvent bénéficier du remboursement des frais de transport et de séjour qu'ils sont susceptibles d'engager à l'occasion de déplacements effectués dans le cadre de leur mission dans les conditions fixées par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

Section 5 : Etablissements de soins.

Article D162-3

L'objectif de dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 est constitué des charges d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation couverts par les éléments suivants :

1° Les forfaits mentionnés à l'article R. 162-32 ;

2° Les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ;

3° Les consultations et actes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-26 et relatifs aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;

4° Les forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 ;

5° Les forfaits relatifs aux interruptions volontaires de grossesse réalisées en établissement de santé dans les conditions prévues au chapitre II du titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ;

6° Les forfaits techniques, fixés en application des dispositions de l'article L. 162-1-7, facturés par les établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 titulaires d'une autorisation administrative de fonctionnement d'un équipement matériel lourd en application des dispositions du II de l'article R. 712-37-1 du code de la santé publique.

Article D162-4

L'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 est constitué des charges d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation couverts par les éléments suivants :

1° Les forfaits mentionnés à l'article R. 162-31 ;

2° La fourniture des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang respectivement mentionnés aux c et d de l'article R. 162-31-1 ;

3° La fourniture des produits mentionnés au e de l'article R. 162-31-1 ;

4° La fourniture des médicaments mentionnés au f de l'article R. 162-31-1.

Article D162-5

Font l'objet d'un financement conjoint sous forme de tarifs de prestation d'hospitalisation et d'un forfait annuel les activités de soins suivantes :

1° L'activité d'accueil et de traitement des urgences mentionnée au 14 de l'article R. 712-37-1 du code de la santé publique ;

2° L'activité de prélèvements d'organes mentionnée à l'article L. 1233-1 du même code ;

3° L'activité de transplantations d'organes et de greffes de moelle osseuse mentionnée au 8 de l'article R. 712-37-1 susmentionné.

Bénéficient de ce financement les établissements de santé autorisés à exercer ces activités.

Article D162-6

Peuvent être financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 les dépenses correspondant aux missions d'intérêt général suivantes :

1° L'enseignement, la recherche, le rôle de référence et l'innovation. Notamment, à ce titre :

a) La recherche médicale et l'innovation, notamment la recherche clinique ;

b) L'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux ;

c) La recherche, l'enseignement, la formation, l'expertise, la coordination et l'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et réalisés par des structures spécialisées ainsi que les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de recours ;

d) Les activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs ;

2° La participation aux missions de santé publique mentionnées ci-dessous :

a) La vigilance, la veille épidémiologique, l'évaluation des pratiques et l'expertise réalisées par des centres de référence au bénéfice des autorités de santé publique, des établissements de santé ou du public ;

b) La formation, le soutien, la coordination et l'évaluation des besoins du patient réalisés par des équipes pluridisciplinaires intervenant auprès des équipes soignantes ;

c) La collecte, la conservation et la distribution des produits d'origine humaine, à l'exception de la part de cette activité couverte par les tarifs de cession ;

d) Les dispositifs ayant pour objet de favoriser le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci ;

e) Le dépistage anonyme et gratuit effectué dans les conditions prévues à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique ;

- f) La prévention et l'éducation pour la santé ;
 - g) Le conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes ;
 - h) La veille sanitaire, la prévention et la gestion des risques sanitaires liés à des circonstances exceptionnelles ;
 - i) L'intervention d'équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies en consultation ou en hospitalisation ;
 - j) L'aide médicale urgente réalisée par les services d'aide médicale urgente et les services mobiles d'urgence et de réanimation respectivement mentionnés aux articles L. 6112-5 et R. 712-71-1 du code de la santé publique ;
- 3° La participation à la définition et à la mise en oeuvre des politiques publiques dans les domaines suivants :
- a) La politique hospitalière ;
 - b) Le développement du dialogue social dans le secteur hospitalier ;
 - c) La coopération internationale en matière hospitalière.
- 4° La permanence des soins hospitalière.

Article D162-7

Peuvent également être financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 les dépenses correspondant aux activités de soins dispensés à des populations spécifiques dans les conditions suivantes :

- 1° Prise en charge des femmes enceintes dans les centres périnataux de proximité ;
- 2° Prise en charge des détenus dans des unités hospitalières spécialisées ou dans les établissements pénitentiaires ;
- 3° Prise en charge des populations en difficulté par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé ;
- 4° La prise en charge spécifique des patients en situation de précarité.

Article D162-8

Un arrêté précise la liste des structures, des programmes et des actions ainsi que des actes et produits pris en charge par la dotation nationale mentionnée à l'article L. 162-22-13 au titre des missions mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7.

Cette dotation participe au financement de ces missions dans la limite des dépenses y afférentes à l'exclusion de la part incombant à d'autres financeurs en application de dispositions législatives ou réglementaires et de celle déjà supportée par l'assurance maladie en application des dispositions législatives ou réglementaires relatives à la prise en charge des soins.

Article D162-9

Le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 est conclu, pour une durée de trois à cinq ans, entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le médecin-conseil régional du régime général de l'assurance maladie et le représentant légal de l'établissement après avis conforme de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale mentionnées aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2 du code de la santé publique.

Le contrat est transmis, par le directeur général de l'agence régionale de santé, à la caisse d'assurance maladie dont relève l'établissement de santé en application des dispositions des articles L. 174-2 ou L. 174-18 du présent code. Cette caisse est également informée de toute modification, suspension ou résiliation affectant le contrat.

Ce contrat, ainsi que toute modification, suspension ou résiliation l'affectant, est par ailleurs transmis pour information par le médecin-conseil régional du régime général au médecin coordonnateur régional du régime d'assurance maladie des professions agricoles et au médecin-conseil régional du régime social des indépendants.

Article D162-10

Le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations fixe son calendrier d'exécution et mentionne les objectifs quantitatifs et qualitatifs ainsi que les indicateurs de suivi et de résultats attendus nécessaires à son évaluation périodique. L'établissement adresse un rapport d'étape annuel ainsi qu'un rapport final à l'agence régionale de santé qui en accuse réception. Une copie de ces rapports est adressée simultanément au médecin-conseil régional du régime général de l'assurance maladie.

Ce contrat est conforme à un contrat type figurant en annexe à la présente section.

Article D162-11

En contrepartie du respect des engagements souscrits par l'établissement de santé dans le cadre du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, le remboursement intégral de

la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est garanti à l'établissement pour les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 sous réserve des dispositions des articles D. 162-12 à D. 162-15.

Article D162-12

L'établissement transmet chaque année, avant le 15 octobre, le rapport d'étape annuel prévu à l'article D. 162-10 et, six mois avant la fin du contrat, le rapport final prévu au même article. A défaut de transmission par l'établissement du rapport d'étape annuel dans les délais requis, le taux de remboursement des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 est fixé, après mise en demeure de l'établissement, à 70 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article D162-13

En cas de non-respect par l'établissement de santé des engagements souscrits au titre d'un exercice, constaté au vu des rapports transmis par l'établissement en application de l'article D. 162-10 et, le cas échéant, des résultats des contrôles sur pièces et sur place effectués, le taux de remboursement de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 pour l'année suivante peut être réduit et fixé entre 70 % et 100 %. Il peut varier, le cas échéant, selon les spécialités pharmaceutiques ou les produits.

Ce taux de remboursement qu'il est proposé d'appliquer pour l'année suivante est communiqué à l'établissement, avant le 10 novembre, par lettre recommandée avec avis de réception. Ce dernier peut présenter ses observations à l'agence dans les dix jours suivant cette communication. Ce taux de remboursement est arrêté, chaque année, au plus tard le 1er décembre, par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La fixation du taux de remboursement de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie doit être motivée.

Article D162-14

Lorsque l'arrêté d'inscription d'une spécialité pharmaceutique, d'un produit ou d'une prestation sur la liste visée à l'article L. 162-22-7 prévoit une limitation du champ de la prise en charge, si la caisse d'assurance maladie compétente constate une facturation en sus des prestations d'hospitalisation non conforme à cette limitation, elle procède sans délai à la récupération de l'indu auprès de l'établissement de santé concerné et signale cet incident à l'agence régionale de santé dont il relève. Si plus de trois signalements ont été enregistrés pour un établissement donné par l'agence régionale de santé au cours d'un exercice, le taux de remboursement de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour cet établissement du ou des produits concernés est alors fixé pour l'année suivante dans le respect des dispositions de l'article D. 162-13 à un taux inférieur à 95

%.

Article D162-15

Si le directeur général de l'agence régionale de santé constate en cours d'année l'inexécution manifeste des engagements souscrits, il invite l'établissement, par lettre recommandée avec avis de réception, à prendre les mesures de redressement qui s'imposent dans un délai qui ne peut être inférieur à trois mois. Si, à l'issue de ce délai, l'établissement n'a pas déferé à cette mise en demeure, le directeur de l'agence régionale met fin au contrat. Il notifie alors sa décision à l'établissement, par lettre recommandée avec avis de réception, et en informe les organismes d'assurance maladie. A compter de la date de fin du contrat, le taux de remboursement de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour les produits inscrits sur la liste visée à l'article L. 162-22-7 est celui mentionné au quatrième alinéa du même article.

Article D162-16

Un observatoire régional constitué auprès de l'agence régionale de santé regroupe notamment des représentants des établissements de santé de la région ayant conclu un contrat de bon usage, dont un établissement autorisé à pratiquer une activité d'hospitalisation à domicile. Il assure un suivi et une analyse des pratiques de prescription observées au niveau régional. Il organise, notamment sur la base de ces travaux, des échanges réguliers sur les pratiques relatives à l'usage des médicaments et des produits et prestations, notamment ceux figurant sur la liste visée à l'article L. 162-22-7 et également, s'agissant des produits et prestations, ceux visés à la dernière phrase du premier alinéa ainsi qu'au quatrième alinéa de l'article L. 165-1.

La dotation régionale prévue à l'article L. 162-22-13 peut contribuer au financement de cet observatoire.

L'observatoire établit notamment le modèle de rapport d'étape annuel mentionné à l'article D. 162-10 et procède au référencement des protocoles thérapeutiques se rapportant notamment aux médicaments et produits et prestations mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-22-7.

Un observatoire interrégional peut être constitué auprès de plusieurs agences régionales de santé en lieu et place des observatoires régionaux.

Article D162-17

L'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée comprend :

1° Au titre des services de l'Etat :

- a) Le chef de l'inspection générale des affaires sociales ;
- b) Le directeur général de l'offre de soins ;
- c) Le directeur de la sécurité sociale ;
- d) Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ;
- e) Le directeur général de la santé.

2° Au titre des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés :

- a) Le président de la Fédération hospitalière de France ;
- b) Le président de la Fédération de l'hospitalisation privée ;
- c) Le président de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif ;
- d) Le président de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer ;
- e) Le président de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile.

3° Au titre des organismes nationaux d'assurance maladie, cinq représentants désignés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Le président de l'observatoire et le vice-président sont nommés par le ministre chargé de la santé parmi les représentants des services de l'Etat.

L'observatoire se réunit au moins deux fois par an à l'initiative de son président ou à la demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale.

Il ne peut délibérer valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Lorsque le quorum n'est pas atteint, il se réunit à nouveau dans les huit jours et la délibération n'est pas soumise à l'obligation de quorum.

Les membres disposent chacun d'une voix délibérative. Les rapports semestriels et les avis de l'observatoire relatifs à la mise en oeuvre de la procédure prévue au second alinéa du II des articles

L. 162-22-3 et L. 162-22-10 sont adoptés à la majorité des voix. Celle du président est prépondérante en cas de partage égal des voix.

Un secrétaire permanent, placé auprès de la direction générale de l'offre de soins, assure l'organisation des travaux ainsi que la préparation des rapports prévus à l'article L. 162-21-3. Les frais inhérents au fonctionnement du secrétariat de l'observatoire sont pris en charge dans la limite des crédits ouverts à cet effet au budget du ministère de la santé.

L'observatoire élabore son règlement intérieur.

L'observatoire remet chaque année aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement :

-au plus tard le 30 mai, un rapport portant notamment sur les charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation mentionnés aux articles L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 au titre de l'année précédente ;

-au plus tard le 15 octobre, un rapport portant notamment sur les données d'activité de soins et les charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation mentionnés aux articles L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 au titre du premier semestre de l'année en cours.

Section 6 : Actions expérimentales.

Article D162-18

Les actions expérimentales de caractère médical et social agréées conformément aux dispositions de l'article L. 162-31 font l'objet :

1°) d'une convention de règlement des prestations légales dans les conditions prévues par les articles R. 162-46 et suivants ;

2°) d'une convention d'expérimentation dans les conditions définies ci-après ;

3°) le cas échéant, d'une convention spécifique pour prise en charge de la participation des assurés sociaux.

Article D162-19

La convention d'expérimentation est conclue entre la personne physique ou morale titulaire de

l'agrément et la caisse primaire d'assurance maladie, la caisse de base du régime social des indépendants et la caisse de mutualité sociale agricole ou un ou deux de ces organismes seulement en fonction du champ d'application des actions expérimentales envisagées, ainsi que par les collectivités ou organismes publics ou privés qui participent au financement d'opérations de prévention, d'éducation sanitaire, d'épidémiologie ou d'action sociale.

Elle définit les obligations respectives des parties, les conditions générales de mise en oeuvre de l'expérimentation, les modalités de financement et la répartition des charges entre les signataires.

Sa durée ne peut être supérieure à la convention de règlement mentionnée au 1° de l'article D. 162-18.

Elle entre en vigueur après son approbation par le préfet du département où se déroule l'action expérimentale.

Article D162-20

La convention spécifique relative à la prise en charge de la participation des assurés sociaux mentionnée au 3° de l'article D. 162-18 est conclue entre la personne physique ou morale titulaire de l'agrément et une ou plusieurs sociétés ou unions ou fédérations mutualistes ou sociétés ou groupements d'assurance habilités à verser aux assurés sociaux des prestations complémentaires aux prestations des assurances sociales.

Article D162-21

Il est procédé, une fois par an, à l'évaluation des résultats des actions expérimentales, dans les conditions définies à l'article R. 162-50.

Le rapport d'activité est en outre transmis, pour avis, aux syndicats des professions de santé représentatifs au plan national concernées par l'expérience ainsi qu'à la fédération nationale de la mutualité française.

Section 7 : Centres de santé et entreprises pharmaceutiques

Sous-section 1 : Centres de santé

Article D162-22

La partie des cotisations visée au premier alinéa de l'article L.162-32 pour la détermination de la

subvention mentionnée à ce même alinéa est fixée à 11,5 points.

Article D162-23

Il n'est accordé aucun remboursement par les caisses d'assurance maladie pour les malades soignés dans un centre de santé non agréé.

Article D162-24

Pour bénéficier de la dispense d'avance des frais prévue à l'article L. 162-32, le malade devra produire sa carte d'assuré social mentionnée à l'article L. 161-31, pour justifier de son droit aux prestations.

Le centre de santé transmet, avec sa demande de paiement, à l'organisme d'assurance maladie servant les prestations de base à l'assuré, dans les conditions fixées aux articles R. 161-47 et R. 161-48, les documents mentionnés à l'article R. 161-40 permettant la constatation des soins et conditionnant l'ouverture du droit au remboursement.

Le règlement de la part garantie par la caisse d'assurance maladie est effectué directement auprès du centre de santé.

Sous-section 2 : Entreprises pharmaceutiques.

Article D162-25

Les remises versées en application de l'article L. 162-18 au cours d'un exercice par les entreprises qui exploitent une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables sont réparties au profit des régimes bénéficiaires mentionnés à l'article L. 162-18 au prorata, sur la base du dernier exercice connu, du montant des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par chacun des régimes, à l'exclusion des prestations de l'assurance volontaire visées aux articles L. 742-1 à L. 742-3, R. 742-1 à R. 742-40, de l'assurance personnelle visées aux articles L. 741-1 à L. 741-13, R. 741-1 à R. 741-40 et D. 741-15 et de la participation au financement des avantages sociaux des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés visés aux articles L. 722-1 à L. 722-9 et L. 645-2, R. 722-1 à R. 722-5.

Un arrêté interministériel annuel fixe les pourcentages découlant des règles fixées ci-dessus.

Les remises versées au cours d'un trimestre civil sont réparties au plus tard le dernier jour du trimestre civil suivant.

En l'attente de fixation de la clé afférente à un exercice considéré, il est fait application à titre provisoire de la dernière clé connue. La régularisation s'effectue dès la fixation de la clé de l'exercice.

Section 8 : Dispositions diverses.

Article D162-26

Le délai dans lequel l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire fait part de sa décision de participer à une négociation en application de l'article L. 162-14-3 est de vingt et un jours à compter de la réception de la notification par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de son intention d'ouvrir une négociation.

Article D162-27

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie adresse pour signature à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire le projet d'accord, de convention ou d'avenant par lettre recommandée avec accusé de réception. Le refus de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de conclure cet accord, cette convention ou cet avenant fait l'objet d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. L'absence de réponse dans un délai d'un mois vaut également refus de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Article D162-28

Le délai prévu au troisième alinéa de l'article L. 162-14-3 est fixé à six mois.

Chapitre 5 : Appareillage.

Chapitre 8 : Allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie

Article D168-1

La demande de versement de l'allocation d'accompagnement d'une personne en fin de vie prévue à l'article L. 168-1, établie conformément à un modèle défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, est accompagnée des pièces suivantes :

1° Pour les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 168-1, une attestation de l'employeur

précisant que le demandeur bénéficie d'un congé de solidarité familiale ou l'a transformé en période d'activité à temps partiel ;

2° Pour les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 168-1, une déclaration sur l'honneur du demandeur précisant que le demandeur a suspendu ou réduit son activité professionnelle pour accompagner à domicile une personne en fin de vie.

Article D168-2

Les personnes mentionnées à l'article L. 168-2 bénéficient de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie dans les conditions suivantes :

1° Etre un ascendant, un descendant, un frère, une sœur ou une personne de confiance de la personne accompagnée au sens de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique ou partager le même domicile que celle-ci ;

2° Accompanyer la demande d'allocation, établie conformément au modèle mentionné à l'article D. 168-1, d'une déclaration sur l'honneur de cessation de recherche active d'emploi pour accompagner à domicile une personne en fin de vie.

Article D168-3

La demande d'allocation comporte l'indication, par l'accompagnant, du nombre de journées d'allocation demandées dans la limite maximale fixée, selon qu'il suspend ou réduit son activité professionnelle, au premier alinéa de l'article L. 168-4 ou à l'article D. 168-8.

Pour les personnes mentionnées à l'article L. 168-2, la limite maximale est fixée au premier alinéa de l'article L. 168-4 ou à l'article D. 168-8 selon qu'elles exercent ou non une activité professionnelle et qu'elles la suspendent ou la réduisent.

Article D168-4

L'accompagnant adresse sa demande d'allocation à l'organisme dont il relève, en cas de maladie, pour le versement des prestations en espèces ou le maintien de tout ou partie de la rémunération.

Cet organisme informe, dans les quarante-huit heures à compter de la date de réception de la demande, celui dont relève la personne accompagnée pour le service des prestations en nature de l'assurance maladie. Le silence gardé pendant plus de sept jours à compter de la date à laquelle l'organisme reçoit la demande vaut accord.

Article D168-5

L'allocation est due à compter de la date de réception de la demande par l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article D. 168-4, dès lors que les conditions sont réunies à cette date.

Article D168-6

Le montant de l'allocation est fixé à 53,17 € par jour lorsque le demandeur suspend son activité professionnelle. Ce montant est revalorisé dans les conditions fixées à l'article L. 551-1.

Article D168-7

Le montant de l'allocation est fixé à 53,17 € par jour pour les personnes mentionnées à l'article L. 168-2 qui n'exercent aucune activité professionnelle. Ce montant est revalorisé dans les conditions fixées à l'article L. 551-1.

Article D168-8

Lorsque le demandeur réduit son activité professionnelle, le nombre maximal d'allocations journalières est porté à 42. En ce cas, le montant de l'allocation fixé à l'article D. 168-6 est diminué de moitié.

Article D168-9

Le versement des indemnités dues aux personnes mentionnées à l'article L. 168-2 est suspendu pendant les jours de versement de l'allocation journalière d'accompagnement de fin de vie. Il reprend à l'issue de la période de versement de l'allocation journalière d'accompagnement de fin de vie.

Article D168-10

En cas de partage de l'allocation entre plusieurs bénéficiaires pour une même personne accompagnée, chacun établit une demande et l'adresse à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article D. 168-4.

Chaque demande comporte les informations permettant l'identification des autres bénéficiaires, telles que prévues sur le modèle mentionné à l'article D. 168-1, ainsi que la répartition du nombre d'allocations demandées par chacun des accompagnants.

Le nombre maximal d'allocations servies pour une même personne accompagnée ne peut excéder ceux prévus aux articles D. 168-6 à D. 168-8 selon le montant de l'allocation journalière.

Lorsque l'organisme d'assurance maladie dont relève la personne accompagnée reçoit plusieurs demandes concomitantes excédant le nombre maximal mentionné au troisième alinéa du présent article, celles-ci sont classées par ordre chronologique croissant en fonction de la date de réception de la demande par l'organisme dont relève l'accompagnant. L'organisme dont relève la personne accompagnée autorise alors le versement de l'allocation aux demandes les plus anciennes jusqu'à épuisement de nombre maximal d'allocations. Lorsque le nombre maximal d'allocations pour une même personne accompagnée est atteint, les autres demandes sont rejetées.

Section unique : Devis normalisé d'appareillage auditif.

Article D165-1

Le devis normalisé d'appareillage auditif mentionné à l'article L. 165-9 du code de la sécurité sociale établit une présentation distincte de l'appareillage auditif proposé et des prestations d'adaptation indissociables de cet appareillage.

Le devis fait ressortir de façon distincte le prix de l'appareil électronique correcteur de surdité proposé et le prix global des prestations d'adaptation indissociables dans les conditions précisées à l'article D. 165-2.

Article D165-2

Le devis normalisé d'appareillage auditif mentionné à l'article L. 165-9 et ses annexes comprennent au minimum les éléments suivants :

- 1° Les informations nécessaires à l'identification précise de l'audioprothésiste, du médecin prescripteur et de l'assuré ou de son ayant droit ;
- 2° Le numéro d'enregistrement dans une série continue, la date d'émission et la durée de validité du devis ;
- 3° La marque, le modèle, la classe, le contenu et la durée de la garantie, le prix de vente hors taxes et toutes taxes comprises de l'appareil électronique correcteur de surdité proposé incluant les accessoires et les éléments renouvelables nécessaires à son fonctionnement, le cas échéant pour chaque oreille en cas d'appareillage bilatéral ;
- 4° La durée des essais, les éléments facturés le cas échéant à l'occasion des essais et le montant restant éventuellement à la charge du patient si l'appareil n'est pas acheté à l'issue des essais. Le montant du dépôt de garantie éventuellement demandé pour le matériel confié pendant les essais ;
- 5° La nature des prestations d'adaptation indissociables de l'appareillage proposé, nécessaires à son adaptation initiale et à son suivi périodique, et leur prix global estimé hors taxes et toutes taxes comprises, le cas échéant pour chaque oreille en cas d'appareillage bilatéral ;
- 6° Le prix net total toutes taxes comprises à payer par l'assuré ou son ayant droit et le tarif de prise en charge par l'assurance maladie correspondant figurant sur la liste des produits et prestations remboursables mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ;
- 7° La signature de l'audioprothésiste délivrant le devis.

Le devis est obligatoirement accompagné d'une fiche technique présentant les principales spécificités de l'appareil proposé.

Article D165-3

Le devis normalisé mentionné à l'article L. 165-9 est rédigé conformément au modèle fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la consommation.

Partie réglementaire - Décrets simples

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

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

Chapitre 1er : Dispositions générales - Dispositions communes à l'assurance vieillesse et à l'assurance invalidité

Section 1 : Dispositions générales.

Article D171-2

Les dispositions des articles D. 171-3 à D. 171-11 sont applicables aux travailleurs des branches d'activité ou entreprises mentionnées à l'article R. 711-1 ou relevant de l'article R. 711-24, bénéficiaires d'une organisation spéciale pour tout ou partie des législations de sécurité sociale, lorsqu'ils exercent simultanément et à titre accessoire une activité salariée ou assimilée relevant du régime général de sécurité sociale.

Article D171-3

Les employeurs, pour le compte desquels les travailleurs mentionnés à l'article D. 171-2 exercent, à titre accessoire, une activité salariée ou assimilée relevant du régime général de sécurité sociale, sont redevables de l'intégralité des cotisations mises à la charge des employeurs par la réglementation en vigueur.

Lesdites cotisations sont calculées sur la base des rémunérations ou gains perçus par les travailleurs intéressés au titre de leur activité salariée ou assimilée relevant du régime général de sécurité sociale. Pour l'application des dispositions relatives au plafond des cotisations, il est tenu compte, le cas échéant, dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 242-3, des rémunérations ou gains soumis à retenues au titre du régime spécial de retraite.

Article D171-4

Les travailleurs mentionnés à l'article D. 171-2 qui bénéficient pour tout ou partie des risques d'un régime spécial de sécurité sociale, sont, lorsqu'ils exercent simultanément et à titre accessoire une activité salariée ou assimilée, relevant du régime général de sécurité sociale, dispensés au titre de cette activité de la cotisation d'assurance vieillesse incombant au salarié en vertu de l'article L. 241-3. Ils n'ont droit qu'aux prestations prévues par le régime auquel ils sont affiliés au titre de leur activité principale.

Article D171-5

Les travailleurs mentionnés à l'article D. 171-2 qui bénéficient d'une organisation spéciale en matière de prévention et de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles et qui exercent simultanément et à titre accessoire une activité salariée ou assimilée relevant de l'organisation générale de la sécurité sociale, sont couverts, en cas d'accident du travail, par l'organisation dont relève l'activité qu'ils exerçaient effectivement ou qu'ils allaient exercer, ou qu'ils venaient d'exercer, au moment de l'accident.

Les prestations en espèces auxquelles peuvent prétendre les intéressés sont calculées en tenant compte des salaires ou gains qu'ils percevaient au titre de l'ensemble de leurs activités salariées ou assimilées.

Lorsque la réparation de l'accident du travail incombe à l'organisation générale, l'organisation spéciale de sécurité sociale dont relève l'intéressé au titre de son activité principale impute, pendant la période d'incapacité temporaire, sur le montant des prestations en espèces qu'elle peut servir à l'intéressé, la fraction de l'indemnité journalière correspondant à la rémunération perçue au titre de son activité de l'organisation spéciale.

Article D171-6

Les rentes allouées par l'organisation générale en application de l'article D. 171-5 se cumulent avec les pensions d'invalidité ou de retraites auxquelles peuvent avoir droit les intéressés en vertu de leur statut particulier et pour la constitution desquelles ils ont été appelés à subir une retenue sur leur traitement ou salaire. Toutefois, ce cumul est limité, dans le cas où la pension d'invalidité serait allouée en raison d'infirmités ou de maladies résultant de l'accident qui a donné lieu à l'attribution de la rente, à 80 p. 100 du salaire perçu, au moment de l'accident ou de la dernière liquidation ou révision de la rente, par le travailleur valide de la catégorie à laquelle appartenait la victime du fait de son activité principale. Le montant de la réduction de rentes résultant éventuellement des dispositions du présent article est acquis à l'organisme débiteur de la pension ou de la retraite due en vertu d'un statut particulier.

En aucun cas, l'ensemble des indemnités allouées en application du présent article ne peut être inférieur au montant de la rente qui aurait été servie en vertu de l'article L. 434-2. Les majorations éventuellement dues au titre du présent alinéa sont à la charge de l'organisation générale.

Article D171-7

Les travailleurs mentionnés à l'article D. 171-2, qui ne bénéficient pas de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles au titre de leur activité principale, en application de l'article L. 413-12, ont droit, lorsqu'ils sont victimes d'un accident survenu dans l'exercice de leur activité accessoire, aux prestations prévues par le code de la sécurité sociale, calculées sans tenir compte des salaires ou gains perçus au titre de l'activité relevant de l'article L. 413-12 susmentionné.

Article D171-8

Les rentes allouées par le régime général de sécurité sociale en application des articles D. 171-5 et suivants se cumulent avec les pensions d'invalidité ou de retraite auxquelles peuvent avoir droit les intéressés en vertu de leur statut particulier et pour la constitution desquelles ils ont été appelés à subir une retenue sur leur traitement ou salaire. Toutefois, ce cumul est limité, dans le cas où la pension d'invalidité serait allouée en raison d'infirmités ou de maladies résultant de l'accident qui a donné lieu à l'attribution de la rente, à 80 p. 100 du salaire perçu, au moment de l'accident ou de la dernière liquidation ou révision de la rente, par le travailleur valide de la catégorie à laquelle appartenait la victime du fait de son activité principale. Le montant de la réduction de rentes résultant éventuellement des dispositions du présent article est acquis à l'organisme débiteur de la pension ou de la retraite en vertu d'un statut particulier.

En aucun cas, l'ensemble des indemnités allouées en application du présent article ne peut être inférieur au montant de la rente calculée sans tenir compte des salaires ou gains perçus au titre de l'activité principale qui aurait été servie en vertu de l'article L. 434-2. Les majorations éventuellement dues au titre du présent alinéa sont à la charge de l'organisation générale.

Article D171-9

Lorsqu'un travailleur mentionné à l'article D. 171-2 est victime, dans l'exercice de son activité accessoire, d'un accident ou d'une maladie professionnelle entraînant son décès, le régime général rembourse au régime spécial auquel l'intéressé était soumis du fait de son activité principale une somme égale au montant du capital-décès prévu aux articles L. 361-1 à L. 361-4, dans la limite des prestations servies par le régime spécial à l'occasion du décès.

Article D171-10

La charge des prestations familiales dues aux travailleurs mentionnés à l'article D. 171-2 incombe au régime dont ils relèvent au titre de leur activité principale.

Toutefois, pendant les périodes où les intéressés présentent au regard de leur activité principale une

incapacité totale de travail temporaire ou permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle imputable à l'activité accessoire relevant du régime général, le montant des prestations familiales légales auxquelles a droit ou ouvre droit la victime est remboursé par le régime général à l'organisme débiteur de ces avantages.

Article D171-11

Les dispositions des articles D. 171-3 à D. 171-10 ne sont pas applicables aux fonctionnaires titulaires et stagiaires de l'Etat et aux agents permanents des collectivités locales ne relevant pas, au titre de leur activité principale, des dispositions du livre IV du présent code, lorsqu'ils exercent une activité accessoire au service de l'Etat, d'un département, d'une commune ou d'un établissement public.

Dans ce cas, aucune cotisation n'est due, au titre de l'activité accessoire par l'administration, la collectivité ou l'établissement employeur, ni par l'intéressé. Ce dernier n'a droit qu'aux prestations prévues par le régime dont il relève du fait de son activité principale. Les accidents survenus dans l'activité accessoire sont réparés comme s'ils étaient survenus dans l'activité principale.

Article D171-11-1

Pour l'appréciation de la condition de durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré prévue aux articles D. 351-1-1, D. 351-1-5, D. 643-8 et D. 723-3, aux articles D. 732-40 et D. 732-41 du code rural et de la pêche maritime et aux articles 3 bis et 3 quater du décret n° 73-937 du 2 octobre 1973 portant application de l'article L. 634-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux prestations des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales afférentes aux périodes d'assurance ou d'activité non salariée antérieures au 1er janvier 1973, il est retenu un nombre de trimestres au plus égal à quatre au titre de chaque année civile au cours de laquelle l'assuré a été affilié successivement ou simultanément à plusieurs des régimes considérés.

Les dispositions de l'article D. 732-40 du code rural et de la pêche maritime sont applicables à la détermination de la condition de début d'activité mentionnée aux articles D. 351-1-1, D. 643-8 et D. 723-3 et à l'article 3 bis du décret du 2 octobre 1973 précités pour les assurés ayant relevé de l'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et de l'un des autres régimes visés à ces articles.

Chapitre 2 : Coordination en matière d'assurances maladie, maternité, invalidité, décès

Section 1 : Coordination entre le régime général et les régimes spéciaux

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article D172-1

Lorsqu'un travailleur salarié ou assimilé cesse d'être soumis à un régime spécial d'assurances sociales, relevant de l'article R. 711-1 ou de l'article R. 711-24 sans devenir tributaire soit d'un autre régime spécial, soit du régime général de sécurité sociale, le régime spécial reste responsable des prestations des assurances maladie, maternité, invalidité ou décès tant que l'intéressé satisfait aux conditions de durée de travail ou de périodes assimilées et d'immatriculation, telles qu'elles sont fixées aux articles L. 161-8, L. 313-1, L. 313-2 et L. 341-2. Pour l'appréciation de ses droits, les périodes pendant lesquelles il a été affilié au régime spécial sont assimilées à des périodes d'immatriculation au régime général.

Article D172-2

La charge [*financière*] des prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès versées à des travailleurs qui cessent d'être soumis à un régime spécial d'assurances sociales pour devenir tributaires soit d'un autre régime spécial soit du régime général de sécurité sociale ou inversement, incombe :

1°) en ce qui concerne les prestations en nature de l'assurance maladie, au régime auquel l'assuré était affilié à la date des soins dont le remboursement est demandé ;

2°) en ce qui concerne les prestations en espèces de l'assurance maladie, au régime auquel l'assuré était affilié à la date de l'interruption de travail ;

3°) en ce qui concerne les prestations de l'assurance maternité, au régime auquel l'assuré était affilié au premier jour du neuvième mois précédant la date présumée de l'accouchement ou au début du repos prénatal ;

4°) en ce qui concerne les prestations de l'assurance décès, au régime auquel l'assuré était affilié à la date du décès ;

5°) en ce qui concerne les prestations de l'assurance invalidité, au régime auquel l'assuré était affilié à la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou de l'accident suivi d'invalidité, ou de la constatation médicale de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

Article D172-3

Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations, l'intéressé doit justifier, soit des conditions exigées

aux articles L. 161-8, L. 313-1, L. 313-2 et L. 341-2 lorsque la charge des prestations incombe au régime général de sécurité sociale, soit des conditions exigées par la réglementation propre au régime spécial, lorsque la charge des prestations incombe à ce régime.

Article D172-4

Pour l'appréciation du droit aux prestations :

1°) la durée d'immatriculation à l'un des deux régimes est assimilée à une durée d'immatriculation à l'autre régime ;

2°) le temps de travail effectué sous l'un des deux régimes et le temps assimilé à un temps de travail pour l'ouverture du droit aux prestations à l'égard de ce régime sont pris en compte, pour leur durée, par l'autre régime.

Article D172-5

Dans le cas mentionné aux articles D. 172-2 à D. 172-4, et par dérogation aux dispositions de l'article D. 172-3, les prestations sont accordées à l'assuré qui ne remplit pas, compte tenu des dispositions de l'article D. 172-4, les conditions d'ouverture du droit à prestations à l'égard du régime auquel incombe la charge des prestations, mais qui les remplit à l'égard de l'autre régime en ne tenant compte que du temps de travail accompli sous celui-ci.

Article D172-6

Lorsque la réglementation propre à un régime spécial ne permet pas l'attribution des prestations dudit régime dans les cas mentionnés aux articles précédents, ce régime doit accorder à l'intéressé les prestations prévues par le régime général de sécurité sociale.

Article D172-7

Les assurés titulaires d'une pension d'invalidité au titre d'un régime spécial de retraites ne peuvent prétendre, s'ils deviennent tributaires du régime général de sécurité sociale, au bénéfice de l'assurance invalidité de ce régime pour une invalidité ayant la même origine que celle pour laquelle ils sont déjà pensionnés. S'ils invoquent une invalidité ayant une autre origine, ils peuvent prétendre au bénéfice de l'assurance invalidité au titre du régime général. Il est tenu compte, dans ce cas, pour la détermination de leurs droits, de leur degré total d'incapacité.

Article D172-8

Les assurés titulaires d'une pension d'un régime spécial de retraites acquise à un autre titre que l'invalidité peuvent prétendre, s'ils deviennent tributaires du régime général de sécurité sociale, au bénéfice de l'assurance invalidité de ce régime s'ils remplissent les conditions fixées par ledit régime.

Article D172-9

Dans les cas mentionnés aux articles D. 172-7 et D. 172-8, il est tenu compte, pour l'application des dispositions de l'article L. 341-5 du total de la pension d'invalidité du régime général et de la pension du régime spécial. Ce total ne peut, en aucun cas, excéder le salaire perçu par un travailleur valide de la catégorie professionnelle à laquelle l'intéressé appartenait au moment de l'interruption de travail suivie de l'invalidité ouvrant droit à la pension du régime général, de l'accident ayant entraîné cette invalidité ou de la constatation médicale de l'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme ; la pension d'invalidité du régime général est réduite, s'il y a lieu, à concurrence de l'excédent.

Ces dispositions sont également applicables à l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité au titre du régime général de sécurité sociale qui est ultérieurement admis au bénéfice d'une pension fondée sur la durée des services ou d'une pension d'invalidité au titre d'un régime spécial. La pension d'invalidité du régime général est réduite, s'il y a lieu, à compter de la date d'entrée en jouissance de la pension du régime spécial.

Article D172-10

Le salaire servant de base au calcul des prestations en espèces dues à un assuré qui a été affilié successivement à un régime spécial et au régime général de sécurité sociale ou inversement est fixé en ne tenant compte que des rémunérations perçues au cours des périodes d'affiliation au régime auquel incombe la charge desdites prestations.

Sous-section 2 : Assurés titulaires de plusieurs pensions.

Article D172-11

Lorsqu'un assuré n'exerçant pas une activité salariée l'assujettissant à un régime de sécurité sociale est titulaire de plusieurs pensions servies soit au titre du régime général de sécurité sociale, soit au titre d'un ou plusieurs régimes spéciaux de retraite relevant de l'article R. 711-1 ou de l'article R. 711-24, le régime de sécurité sociale auquel il est affilié est, sous réserve de l'application de l'article

L. 161-6, déterminé dans les conditions suivantes :

1°) si l'assuré est titulaire d'une pension acquise à titre personnel et d'une pension de réversion, il est affilié au régime de sécurité sociale dont il relève du fait de la pension, rémunérant ses services personnels ;

2°) si l'assuré est titulaire d'une pension d'invalidité et d'une pension acquise à un autre titre, il est affilié au régime de sécurité sociale dont il relève du fait de la pension d'invalidité ;

3°) si l'assuré est titulaire de deux pensions de même nature, il est affilié au régime de sécurité sociale dont il relève du fait de la pension calculée sur la base du plus grand nombre d'annuités. Si les deux pensions sont calculées sur la base du même nombre d'annuités, il est affilié au régime de sécurité sociale dont il relève du fait de la pension rémunérant les services accomplis en dernier lieu.

Article D172-12

Les prestations en nature de l'assurance maladie et, le cas échéant, les prestations en nature de l'assurance invalidité sont à la charge exclusive du régime auquel l'assuré est affilié, en application de l'article D. 172-11.

Article D172-13

Les dispositions de la présente sous-section ne sont pas applicables aux titulaires de pensions du code des pensions militaires d'invalidité qui bénéficient des dispositions des articles L. 381-19 et suivants.

Sous-section 3 : Coordination en ce qui concerne les pensions de veuves ou de veufs.

Article D172-14

Les conjoints survivants des assurés qui ont été :

1°) soit affiliés successivement ou simultanément au régime général de sécurité sociale (vieillesse) applicable aux assurés des professions non agricoles et à un ou plusieurs régimes spéciaux de retraites relevant de l'article R. 711-1 ou de l'article R. 711-23 ;

2°) soit affiliés successivement ou alternativement à plusieurs régimes spéciaux de retraites ;

3°) soit affiliés à un régime spécial de retraites,

ont droit à la pension dont ils auraient bénéficié, en application de l'article L. 342-1, si le " de cujus " avait été soumis au régime général de sécurité sociale durant la ou les périodes où il a été affilié à un régime spécial postérieurement au 30 juin 1930. Ces périodes entrent en compte, quel qu'ait été le montant du salaire, tant pour l'ouverture et la détermination des droits que pour le calcul des avantages prévus audit article L. 342-1. Le " de cujus " est supposé, pour l'application des articles D. 172-16 à D. 172-19 inclus, avoir donné lieu au versement des cotisations prévues par le régime général pendant les périodes au cours desquelles il a été soumis à un régime spécial. Pour les périodes où sa rémunération était supérieure au chiffre limite d'assujettissement aux assurances sociales, il est supposé avoir donné lieu au versement des cotisations dues pour un travailleur dont la rémunération aurait été égale audit chiffre limite.

Article D172-15

Le montant de la pension est déterminé sans tenir compte des avantages de réversion dont le conjoint survivant est éventuellement titulaire au titre du régime spécial de retraites dont relevait le "de cujus".

Article D172-16

Si le " de cujus " avait un âge inférieur à celui prévu par l'article L. 161-17-2 au moment de son décès, les avantages auxquels le conjoint survivant peut prétendre en application de l'article D. 172-14 sont à la charge du régime dont le " de cujus " relevait à la date de son décès.

Article D172-17

Si le " de cujus " avait un âge supérieur ou égal à celui prévu par l'article L. 161-17-2 au moment de son décès, les avantages auxquels le conjoint survivant peut prétendre sont liquidés et la charge en est répartie dans les conditions prévues aux articles D. 173-4, D. 173-8 et D. 173-11 ou à l'article D. 173-18, selon le cas.

Article D172-18

Lorsque le " de cujus " avait un âge supérieur ou égal à celui prévu par l'article L. 161-17-2 au moment de son décès les dispositions de la présente sous-section ne sont pas applicables :

1°) lorsque, dans le cas mentionné au 1° de l'article D. 172-14, le conjoint survivant est titulaire d'un avantage de réversion au titre d'un régime spécial auquel le " de cujus " avait été soumis et que ce dernier comptait moins d'un trimestre d'affiliation au régime général de sécurité sociale ou à un

autre régime spécial de retraites ;

2°) lorsque, dans le cas mentionné au 2° de l'article D. 172-14, le conjoint survivant est titulaire d'un avantage de réversion au titre de chacun des régimes spéciaux auxquels le " de cujus " avait été soumis ou lorsque le conjoint survivant est titulaire d'un avantage de réversion au titre de l'un de ces régimes spéciaux et que le " de cujus " comptait moins d'un trimestre d'affiliation à un autre régime spécial de retraites ;

3°) lorsque, dans le cas mentionné au 3° de l'article D. 172-14, le conjoint survivant est titulaire d'un avantage de réversion au titre du régime spécial auquel le " de cujus " avait été soumis ou lorsque le " de cujus " comptait moins d'un trimestre d'affiliation audit régime.

Article D172-19

L'avantage de réversion dont le conjoint survivant est titulaire au titre du régime spécial dont relevait le "de cujus" est imputé sur la pension ou sur la fraction de pension mise à la charge de ce régime en application des articles D. 172-14 à D. 172-18.

Chapitre 3 : Coordination en matière d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage

Section 1 : Coordination en matière d'assurance vieillesse entre le régime général et les régimes spéciaux

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article D173-1

Les dispositions ci-dessous relatives à la coordination entre le régime général et les régimes spéciaux sont applicables :

1°) aux assurés qui ont été affiliés successivement ou alternativement au régime général de sécurité sociale applicable aux assurés des professions non-agricoles et à un ou plusieurs régimes spéciaux de retraites relevant de l'article R. 711-1 ou de l'article R. 711-24 ;

2°) aux assurés qui ont été affiliés successivement ou alternativement à plusieurs régimes spéciaux de retraites ;

3°) aux assurés qui ont cessé d'être soumis à un régime spécial de retraites sans avoir droit à une pension d'invalidité ou de vieillesse à jouissance immédiate ou différée et qui ne sont devenus ultérieurement tributaires ni d'un autre régime spécial ni du régime général de sécurité sociale.

Toutefois, elles ne sont pas applicables aux ressortissants des régimes spéciaux de retraites des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, des fonctionnaires civils et militaires, de l'Imprimerie Nationale et du service d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes et aux titulaires de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

Paragraphe 1 : Assurés affiliés successivement ou alternativement au régime général et à un ou plusieurs régimes spéciaux de retraite.

Article D173-2

Les assurés mentionnés à l'article D. 173-1 ont droit, en ce qui concerne l'assurance vieillesse, aux avantages dont ils auraient bénéficié sous le régime général de sécurité sociale si ce régime leur avait été applicable durant la ou les périodes où ils ont été soumis à un régime spécial de retraites postérieurement au 30 juin 1930. Ces périodes entrent en compte, quel qu'ait été le montant de leur salaire, tant pour l'ouverture et la détermination de leurs droits que pour le calcul des avantages prévus par le régime général de sécurité sociale en matière d'assurance vieillesse.

Les intéressés sont supposés, pour l'application des dispositions du présent article, avoir donné lieu au versement des cotisations prévues par le régime général pendant les périodes au cours desquelles ils ont été soumis à un régime spécial. Pour les périodes où leur rémunération était supérieure au chiffre limite d'assujettissement aux assurances sociales, ils sont supposés avoir donné lieu au versement des cotisations dues pour un travailleur dont la rémunération aurait été égale audit chiffre limite.

Article D173-3

Les avantages auxquels un assuré peut prétendre en application du présent paragraphe sont liquidés par la dernière caisse régionale d'assurance chargée de la liquidation des prestations vieillesse dans le régime général à laquelle il a été affilié, ou par la caisse que l'assuré a saisie conformément à l'article R. 351-34.

Chaque régime auquel l'assuré a été affilié supporte la charge de la prestation qui lui incombe, sur la base des seules périodes valables au regard dudit régime, postérieures au 30 juin 1930 et antérieures à la date de l'entrée en jouissance.

Chaque régime effectue le service de la fraction des avantages dont il a la charge.

Lorsque l'assuré bénéficie d'une pension ou d'une rente au titre de la législation ou de la réglementation propre au régime spécial de retraites auquel il a été soumis, cet avantage est imputé sur les prestations dont le régime spécial doit supporter la charge.

Article D173-4

En cas de décès de l'assuré, le conjoint survivant peut prétendre à la pension de réversion prévue à l'article L. 353-1 si les conditions exigées par ledit article se trouvent remplies.

Chaque régime auquel le de cujus a été affilié supporte la charge de la prestation qui lui incombe sur la base des seules périodes valables au regard dudit régime, postérieures au 30 juin 1930 et antérieures à la date de l'entrée en jouissance de la pension attribuée en application de l'article D. 173-3 ou à la date du décès.

L'avantage de réversion dont le conjoint survivant est titulaire au titre du régime spécial est imputé sur la fraction de pension mise à la charge de ce régime en application du présent article.

Les avantages auxquels le conjoint survivant peut prétendre en application du présent article sont liquidés par la dernière caisse chargée de la liquidation des droits à prestation vieillesse dans le régime général à laquelle le de cujus a été affilié.

Chaque régime effectue le service de la fraction des avantages dont il a la charge.

Paragraphe 2 : Assurés affiliés successivement ou alternativement à plusieurs régimes spéciaux de retraite.

Article D173-5

Les assurés mentionnés au 2° de l'article D. 173-1 ont droit, en ce qui concerne l'assurance vieillesse, aux avantages dont ils auraient bénéficié sous le régime général de sécurité sociale si ce régime leur avait été applicable durant la ou les périodes où ils ont été soumis à un régime spécial de retraites postérieurement au 30 juin 1930. Ces périodes entrent en compte, quel qu'ait été le montant de leur salaire, tant pour l'ouverture et la détermination de leurs droits que pour le calcul des avantages prévus par le régime général de sécurité sociale en matière d'assurance vieillesse.

Les intéressés sont supposés, pour l'application des dispositions du présent article, avoir donné lieu au versement des cotisations prévues par le régime général pendant les périodes au cours desquelles ils ont été soumis à un régime spécial. Pour les périodes où leur rémunération était supérieure au chiffre limite d'assujettissement aux assurances sociales, ils sont supposés avoir donné lieu au versement des cotisations dues pour un travailleur dont la rémunération aurait été égale audit chiffre limite.

Article D173-6

Les avantages auxquels un assuré peut prétendre en cas d'affiliation successive ou alternative à plusieurs régimes spéciaux sont liquidés par le régime spécial de retraites auquel l'intéressé était affilié en dernier lieu.

Chaque régime auquel l'assuré a été affilié supporte la charge de la prestation qui lui incombe sur la base des seules périodes valables au regard dudit régime, postérieures au 30 juin 1930 et antérieures à la date de l'entrée en jouissance.

Chaque régime effectue le service de la fraction des avantages dont il a la charge.

Lorsque l'assuré bénéficie d'une pension ou d'une rente au titre de la législation ou de la réglementation propre au régime spécial de retraites auquel il a été soumis, cet avantage est imputé sur les prestations dont le régime spécial doit supporter la charge.

Article D173-7

Les dispositions du présent paragraphe ne sont pas applicables aux assurés titulaires d'une pension d'invalidité ou de vieillesse à jouissance immédiate ou différée au titre de chacun des régimes spéciaux de retraites auxquels ils ont été soumis.

Article D173-8

En cas de décès de l'assuré, le conjoint survivant peut prétendre à la pension de réversion prévue à l'article L. 353-1 si les conditions exigées par ledit article se trouvent remplies.

Le montant de la pension est déterminé sans tenir compte des avantages de réversion dont le conjoint survivant est éventuellement titulaire au titre des régimes spéciaux de retraites auxquels avait été affilié le de cujus.

Chaque régime auquel le de cujus a été assujetti supporte la charge de la prestation qui lui incombe sur la base des seules périodes valables au regard dudit régime, postérieures au 30 juin 1930 et antérieures à la date de l'entrée en jouissance de la pension attribuée en application de l'article D. 173-6 ou à la date du décès.

L'avantage de réversion dont le conjoint survivant est titulaire au titre d'un régime spécial est imputé sur la fraction de pension mise à la charge de ce régime en application du présent article.

Les avantages auxquels le conjoint survivant peut prétendre en application du présent article sont liquidés par le régime spécial de retraites auquel le de cujus était affilié en dernier lieu.

Chaque régime effectue le service de la fraction des avantages dont il a la charge.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux conjoints survivants titulaires d'un avantage de réversion au titre de chacun des régimes spéciaux auxquels le de cujus avait été soumis.

Paragraphe 3 : Assurés ayant cessé d'être soumis à un régime spécial de retraite sans avoir droit à pension et qui ne sont devenus ultérieurement tributaires d'aucun régime de retraite

Article D173-9

Les assurés mentionnés au 3° de l'article D. 173-1 ont droit, en ce qui concerne l'assurance vieillesse, aux avantages dont ils auraient bénéficié sous le régime général de sécurité sociale si ce régime leur avait été applicable durant la ou les périodes où ils ont été soumis à un régime spécial de retraites postérieurement au 30 juin 1930. Ces périodes entrent en compte, quel qu'ait été le montant de leur salaire, tant pour l'ouverture et la détermination de leurs droits que pour le calcul des avantages prévus par le régime général de sécurité sociale en matière d'assurance vieillesse.

Les intéressés sont supposés, pour l'application des dispositions du présent article, avoir donné lieu au versement des cotisations prévues par le régime général pendant les périodes au cours desquelles ils ont été soumis à un régime spécial. Pour les périodes où leur rémunération était supérieure au chiffre limite d'assujettissement aux assurances sociales, ils sont supposés avoir donné lieu au versement des cotisations dues pour un travailleur dont la rémunération aurait été égale audit chiffre limite.

Article D173-10

La liquidation des avantages auxquels un assuré peut prétendre en application de l'article D. 173-9 et le service des arrérages de la pension sont effectués par le régime spécial de retraites auquel l'intéressé était affilié.

Les avantages dont l'intéressé bénéficie, le cas échéant, au titre de son régime spécial sont imputés sur les prestations dont ledit régime doit supporter la charge.

Article D173-11

En cas de décès de l'assuré, le conjoint survivant peut prétendre à la pension de réversion prévue à l'article L. 353-1, si les conditions exigées par ledit article se trouvent remplies.

Le montant de l'avantage de réversion dont le conjoint survivant est éventuellement titulaire au titre du régime spécial de retraites dont relevait le " de cujus " est imputé sur la pension mise à la charge de ce régime en application du présent article.

La liquidation de la pension et le service des arrérages sont effectués par le régime spécial de retraites auquel le de cujus était affilié.

Paragraphe 4 : Dispositions diverses.

Article D173-12

Lorsqu'un régime spécial de retraites prévoit en faveur des assurés qui cessent d'être soumis à ce régime, sans avoir droit à une pension d'invalidité ou de vieillesse à jouissance immédiate ou différée, le remboursement des cotisations qui ont été retenues sur leur salaire, ledit remboursement n'est effectué que sous la déduction du montant des cotisations d'assurance vieillesse qu'ils auraient acquittées sous le régime général de sécurité sociale si ce régime leur avait été applicable durant la période où ils ont été soumis au régime spécial, compte tenu des dispositions du deuxième alinéa des articles D. 173-2, D. 173-5 et D. 173-9.

Article D173-13

Lorsqu'un assuré, tributaire d'un régime spécial de retraites, a été admis à effectuer, sous ce régime, des versements rétroactifs pour des services antérieurement accomplis dans la collectivité ou l'établissement et que, pour la période correspondant à ces services, il a acquitté les versements prévus par les législations sur les retraites ouvrières et paysannes et les assurances sociales, les sommes qui ont été acquittées pour ladite période, au titre de l'assurance vieillesse, sont annulées et versées à la collectivité ou à l'établissement qui l'emploie pour être affectées, s'il y a lieu, à sa caisse de retraites. La part correspondant aux contributions personnelles de l'assuré est déduite, par ladite collectivité ou ledit établissement, des versements rétroactifs que l'intéressé doit effectuer au titre du régime spécial.

L'annulation de versements prescrite au premier alinéa ci-dessus est opérée par la caisse chargée de la liquidation des droits à prestations vieillesse dans le régime général à laquelle l'intéressé était affilié en dernier lieu.

Article D173-14

Les pensions ou les fractions de pensions du régime général de sécurité sociale se rapportant à des périodes d'assurance validées au titre d'un régime spécial de retraites relevant de l'article R. 711-1 ou de l'article R. 711-24 et ouvrant droit à pension au titre de ce régime peuvent faire l'objet, lorsqu'elles ne sont pas cumulables avec la pension du régime spécial, d'un versement de rachat dans les conditions prévues par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Ce versement est opéré au profit de l'organisme ou service gérant le régime spécial de retraites et,

sur sa demande, par la caisse chargée de la liquidation des droits à prestations vieillesse dans le régime général des travailleurs salariés.

Les mêmes dispositions sont applicables aux avantages dont les assurés mentionnés au présent article peuvent bénéficier au titre des retraites ouvrières et paysannes ou du régime d'assurances sociales en vigueur avant le 1er juillet 1946 dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Sous-section 2 : Dispositions applicables aux bénéficiaires des régimes de retraite des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, des fonctionnaires civils et militaires, de l'imprimerie nationale et du service d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes et aux tributaires de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

Article D173-15

Les dispositions de la présente sous-section sont applicables aux bénéficiaires des régimes de retraite des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, des fonctionnaires civils et militaires, de l'imprimerie nationale et du service d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes et aux tributaires de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

Article D173-16

Lorsqu'un des bénéficiaires des régimes de retraites mentionnés à l'article D. 173-15 vient à quitter l'administration, la collectivité ou l'établissement qui l'emploie sans avoir droit à une pension d'invalidité ou de vieillesse à jouissance immédiate ou différée et sans devenir tributaire d'un régime de retraites comportant des règles particulières de coordination avec le régime auquel il appartenait, il lui est fait application des dispositions suivantes :

ses droits sont rétablis, en ce qui concerne l'assurance vieillesse, dans la situation dont il aurait bénéficié sous le régime général de sécurité sociale, si ce régime lui avait été applicable durant la période où il a été soumis à son régime de retraites postérieurement au 30 juin 1930. Cette période entre en compte, quel qu'ait été le montant de sa rémunération, pour la détermination de ses droits aux avantages prévus par le régime général en matière d'assurance vieillesse.

A cet effet, il est opéré, par le régime spécial de retraites, un versement égal au montant des cotisations qui auraient été acquittées pour le compte de l'intéressé au titre de l'assurance vieillesse sous le régime général de sécurité sociale pendant la période indiquée au premier alinéa ci-dessus. Ce versement est calculé sur la base des derniers émoluments soumis à retenues pour pensions au titre du régime spécial de retraites, compte tenu du ou des plafonds prévus pour le calcul des cotisations de sécurité sociale au cours de la période susindiquée. Il doit être effectué par l'administration, la collectivité ou l'établissement à l'union de recouvrement du dernier lieu de

travail du bénéficiaire, dans un délai d'un an à compter de la radiation des cadres.

Un versement complémentaire de cotisations est effectué par le régime spécial de retraite au plus tard dans un délai d'un an suivant la date de liquidation ou de révision de la pension de vieillesse du régime général de sécurité sociale lorsqu'il est tenu compte dans cette pension, soit à l'initiative du régime spécial ou du régime général, soit à la suite d'une demande de l'assuré formée conformément à l'article R. 142-1, soit en application d'une décision de justice, de périodes de services civils ou militaires n'ayant pas donné lieu au versement prévu à l'alinéa précédent ou à l'article D. 173-17. Le montant du versement complémentaire est déterminé conformément à l'alinéa précédent.

Article D173-17

Pour l'application de l'article précédent, en ce qui concerne les militaires tributaires du code des pensions civiles et militaires de retraite, il est effectué chaque année, au profit de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, un versement forfaitaire pour l'ensemble des militaires ayant quitté l'armée sans droit à pension au cours de l'année civile précédente. Le montant de ce versement est fixé annuellement par décision concertée du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la défense et du ministre chargé du budget, compte tenu du montant moyen de la solde des militaires quittant l'armée sans droit à pension.

Article D173-18

En cas de décès de l'assuré, le conjoint survivant peut prétendre à la pension de réversion prévue à l'article L. 353-1 si les conditions exigées par ledit article se trouvent remplies.

Le régime général de sécurité sociale sert à l'intéressé le montant de la pension de réversion attribuée en application du premier alinéa de l'article D. 173-16.

Article D173-19

Lorsqu'un des bénéficiaires des régimes de retraites mentionnés à l'article D. 173-15 a été admis à effectuer sous ce régime des versements rétroactifs pour des services antérieurement accomplis dans la collectivité ou l'établissement et que, pour la période correspondant à ces services, il a acquitté les versements prévus par les législations sur les retraites ouvrières et paysannes et les assurances sociales, les sommes qui ont été acquittées pour ladite période, au titre de l'assurance vieillesse, sont annulées et versées à la collectivité ou à l'établissement qui l'emploie, pour être affectées, s'il y a lieu, à sa caisse de retraites. La part correspondant aux contributions personnelles de l'assuré est réduite, par ladite collectivité ou ledit établissement, des versements rétroactifs que l'intéressé doit effectuer au titre de son régime de retraites.

L'annulation de versement prescrite au premier alinéa ci-dessus est opérée par la caisse du régime général de sécurité sociale chargée de la gestion du risque vieillesse dont l'intéressé relevait en dernier lieu à la demande de l'établissement ou de la collectivité concerné.

Article D173-20

Les versements effectués en application du paragraphe 2 de l'article 6 du décret du 2 juin 1944, pour des assurés ayant cessé d'être affiliés à leur régime de retraite avant le 1er janvier 1950 conservent leur entier effet.

Sous-section 3 : Dispositions diverses.

Article D173-21

Lorsqu'un assuré satisfait aux conditions prévues par la réglementation propre à un régime spécial de retraites pour avoir droit à une majoration de pension pour conjoint à charge et que, simultanément, il remplit les conditions requises pour avoir droit à un avantage de même nature au titre du régime général de sécurité sociale, d'un autre régime spécial de retraites ou des dispositions des première et deuxième sous-sections de la présente section, il ne lui est servi que la majoration attachée à la pension calculée sur le plus grand nombre d'annuités.

Section 3 : Coordination en matière d'assurance vieillesse entre divers régimes

Sous-Section 3 : Majorations de durée d'assurance accordées au titre des enfants

Article D173-21-0-2

Sont soumis aux règles fixées à l'article L. 173-2-0-2 les avantages prévus :

aux b et b bis de l'article L. 12 et à l'article L. 12 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite ;

aux articles 12 et 14 de l'annexe 3 au statut annexé au décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières ;

au premier alinéa de l'article 114 du décret n° 62-766 du 6 juillet 1962 portant statut des personnels du service d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes ;

au troisième alinéa de l'article 12 du décret n° 68-382 du 5 avril 1968 portant statut de la caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris ;

aux I et III de l'article 11 bis du décret n° 68-960 du 11 octobre 1968 modifiant le statut de la caisse de retraites du personnel de la Comédie-Française ;

aux I et III de l'article 92 du décret n° 90-1215 du 20 décembre 1990 portant application de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires et modifiant certaines dispositions relatives à cette caisse ;

aux 2° et 3° du I de l'article 15 et au I de l'article 21 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ;

aux 2° et 3° du I de l'article 12 et au I de l'article 17 du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat ;

aux articles 12 et 16 du règlement annexé au décret n° 2007-262 du 27 février 2007 relatif au régime de retraite des agents titulaires de la Banque de France ;

à l'article 9 pour ce qui concerne la réduction des durées d'assurance, au V de l'article 51-1 pour ce qui concerne la réduction des durées de services, au 3° de l'article 20 et au deuxième alinéa du III de l'article 24 du décret n° 2008-637 du 30 juin 2008 portant règlement des retraites du personnel de la Régie autonome des transports parisiens ;

au deuxième alinéa du III de l'article 13 du décret n° 2008-639 du 30 juin 2008 relatif au régime spécial de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français ;

au 2 du I de l'article 7 du règlement des pensions du personnel titulaire du Port autonome de Strasbourg.

Sous-section 2 : Pensions portées au minimum.

Article D173-21-0-0-1

Le montant mensuel total des pensions personnelles de retraite mentionné au premier alinéa de l'article L. 173-2 est fixé à 1 005 euros au 1er janvier 2012. Ce montant est revalorisé aux mêmes dates et dans les mêmes proportions que le salaire minimum de croissance.

Article D173-21-0-0-2

Lorsque l'assuré est susceptible de bénéficier du minimum de pension prévu à l'article L. 351-10 dans plusieurs régimes, chaque régime concerné impute le dépassement mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 173-2 sur la majoration résultant de l'article L. 351-10 dont il est redevable, à due concurrence du rapport, avant application de l'article L. 173-2, entre le montant de cette majoration et le total des majorations dues par les régimes en cause.

Sous-section 4 : Pension de réversion.

Article D173-21-0-1

Pour l'application des articles L. 382-29, L. 351-14-1, L. 634-2-2, L. 643-2 et L. 723-10-3 du présent code et de l'article L. 732-27-1 du code rural et de la pêche maritime, lorsque la demande de versement prévue à ces articles porte sur une période au cours de laquelle ont été obtenus plusieurs diplômes, ou a été achevée la scolarité assimilée et a été obtenu au moins un diplôme, la demande est adressée au premier régime d'assurance vieillesse où l'assuré a été affilié et où a été validé au moins un trimestre postérieurement à l'obtention du dernier de ces diplômes ou de ce diplôme.

Aux fins de l'application des mêmes articles, lorsque l'assuré a été affilié et a validé au moins un trimestre au cours de la même année, postérieurement à l'obtention du diplôme visé à l'alinéa précédent, simultanément dans plusieurs régimes d'assurance vieillesse mentionnés auxdits articles, la demande est adressée au régime déterminé selon les modalités suivantes :

1° Le régime général de sécurité sociale si l'intéressé a été affilié et a validé un trimestre dans ce régime ;

2° Si la condition prévue au 1° ci-dessus n'est pas remplie, dans le régime des salariés agricoles si l'intéressé a été affilié et a validé un trimestre dans ce régime ;

3° Si les conditions prévues au 1° et au 2° ci-dessus ne sont pas remplies, dans le régime d'assurance vieillesse des professions artisanales prévu au 1° de l'article L. 621-3 si l'intéressé a été affilié et a validé un trimestre dans ce régime ;

4° Si les conditions prévues aux 1° à 3° ci-dessus ne sont pas remplies, dans le régime d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales prévu au 2° de l'article L. 621-3 si l'intéressé a été affilié et a validé un trimestre dans ce régime ;

5° Si les conditions prévues aux 1° à 4° ci-dessus ne sont pas remplies, dans le régime d'assurance vieillesse des professions libérales prévu au 3° de l'article L. 621-3 si l'intéressé a été affilié et a validé un trimestre dans ce régime ;

6° Si les conditions prévues aux 1° à 5° ci-dessus ne sont pas remplies, dans le régime d'assurance vieillesse des professions agricoles prévu au 4° de l'article L. 621-3 si l'intéressé a été affilié et a validé un trimestre dans ce régime ;

7° Si les conditions prévues aux 1° à 6° ci-dessus ne sont pas remplies, à la Caisse nationale des barreaux français visée à l'article L. 723-1 si l'assuré a été affilié et a validé un trimestre dans ce régime.

Article D173-21-1

La majoration de pension de réversion prévue à l'article L. 353-5 et à l'article 1122-2-3 du code rural et de la pêche maritime est accordée, par priorité, par le régime auquel l'assuré a été affilié en dernier lieu si ce régime sert la majoration.

Lorsque l'assuré décédé relevait simultanément à la date de son décès de plusieurs régimes servant la majoration, le service et la charge de cette majoration incombent au régime qui verse la pension de réversion rémunérant la plus longue durée d'assurance.

Sous-section 5 : Pensions ou allocations de vieillesse des non-salariés.

Article D173-22

Lorsqu'un assuré demande simultanément la liquidation de deux pensions ou allocations au titre du régime des professions artisanales, d'une part, et du régime des professions industrielles et commerciales, d'autre part, l'incapacité au travail est appréciée par la caisse de base du régime social des indépendants à laquelle l'intéressé a été affilié en dernier lieu.

Dans le cas prévu au présent article, le contrôle du montant des revenus professionnels prévu au dernier alinéa de l'article R. 352-1 est effectué par la caisse qui a apprécié l'incapacité au travail.

Sous-section 8 : Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.

Article D173-23

Les périodes d'assurance valables au regard du régime d'assurance vieillesse institué par l'article L. 721-1 ou assimilées sont prises en compte, pour l'examen de la condition d'ouverture du droit, par les régimes d'assurance vieillesse entrant dans le champ d'application des décrets n° 58-436 du 14 avril 1958 et n° 65-69 du 26 janvier 1965, chacun des régimes concernés déterminant le montant de l'avantage de vieillesse dont la charge lui incombe au prorata de la durée de la période susceptible d'être prise en considération en ce qui le concerne.

Section 4 : Coordination en matière d'assurance veuvage.

Article D173-24

Lorsque l'assuré décédé a relevé successivement ou alternativement de régimes distincts de sécurité sociale, le service et la charge de l'allocation de veuvage incombent au régime auquel était affilié l'assuré au moment de son décès, pour autant que ce régime ouvre droit à l'assurance veuvage.

Toutefois, lorsque le défunt, à la date de son décès, avait cessé de remplir, depuis moins de douze mois, les conditions pour relever d'un régime de sécurité sociale ouvrant droit à l'assurance veuvage, l'allocation de veuvage est servie à son conjoint survivant par le régime dont le défunt relevait antérieurement, sauf si le conjoint survivant bénéficie d'un avantage de réversion au titre du dernier régime d'affiliation de l'assuré décédé.

Article D173-25

Lorsque l'assuré décédé relevait simultanément, à la date de son décès, de plusieurs régimes de sécurité sociale ouvrant droit à l'assurance veuvage, ou lorsqu'il avait des droits liquidés au titre de l'assurance vieillesse dans au moins deux de ces régimes, le service et la charge de l'allocation de veuvage incombent au régime auquel l'assuré décédé a été affilié le plus longtemps ou, en cas de durée égale d'assurance ou d'affiliation, à celui qui attribuait ou était susceptible d'attribuer la pension de retraite la plus élevée.

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

Section 1 : Budget global et forfait journalier.

Article D174-1

Pour les assurés sociaux mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 174-4, les dispositions du troisième alinéa de cet article s'appliquent aux prestations légales servies au titre du régime général de sécurité sociale et du régime des assurances sociales agricoles, à l'exclusion des prestations légales complémentaires garanties par le régime local des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

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

Article D174-2

Le forfait global de soins est versé par douzièmes à l'établissement par la caisse primaire d'assurance maladie territorialement compétente pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie dont les bénéficiaires sont hébergés dans cet établissement.

Toutefois, lorsque la moyenne des tableaux ou des données mensuelles, établie conformément à l'article D. 174-3, fait apparaître que le nombre de bénéficiaires d'un régime d'assurance maladie, autre que le régime général, est le plus élevé, l'organisme d'assurance maladie territorialement compétent de ce régime peut demander à effectuer ce versement.

En cas de contestation, le versement est assuré par l'organisme désigné par le préfet de région, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et du directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt.

Article D174-3

Le forfait global de soins de chaque établissement est réparti selon les modalités suivantes entre les différents régimes d'assurance maladie, au prorata du nombre de pensionnaires pris en charge par chacun d'eux. L'établissement dresse au premier jour de chaque trimestre civil un tableau indiquant le nombre de pensionnaires pris en charge par chaque régime. Ce tableau est transmis à la caisse désignée en application de l'article D. 174-2 et aux organismes d'assurance maladie intéressés.

Chaque année, la moyenne des tableaux trimestriels sert de base à la répartition du forfait entre les différents régimes d'assurance maladie.

Pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la répartition du forfait est basée sur la moyenne des données transmises mensuellement, conformément aux dispositions de l'article R. 314-169 du code de l'action sociale et des familles.

Article D174-4

La répartition entre les régimes d'assurance maladie des sommes versées aux établissements pour le compte de ces régimes est effectuée au sein d'une commission nationale de répartition.

Cette commission comprend [*composition*] des représentants de tous les régimes d'assurance maladie pour le compte desquels sont effectués les versements aux établissements. Le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'agriculture, le ministre chargé du budget sont représentés à la commission par des commissaires du Gouvernement.

La composition et les règles de fonctionnement de cette commission ainsi que la nomination de ses membres font l'objet d'un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D174-5

Les caisses qui assurent en vertu de l'article D. 174-2 les versements aux établissements envoient à la commission nationale de répartition, pour chacun de ces établissements, les éléments nécessaires à la répartition des charges entre les différents régimes, et notamment le montant du forfait global de soins, et les tableaux établis, ou les données mensuelles transmises, en vertu de l'article D. 174-3.

Elles tiennent les mêmes documents à la disposition des autres organismes d'assurance maladie intéressés.

Article D174-6

L'instruction des décisions de la commission est assurée par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés qui centralise à cette fin les éléments mentionnés à l'article D. 174-5.

Article D174-7

La commission nationale de répartition se réunit au cours du dernier trimestre, dès que les montants des forfaits de soins et les bases de leur répartition entre les différents régimes sont connus pour l'année en cours.

Sur la base de ces éléments et en tenant compte de la procédure de versement aux établissements définie à l'article D. 174-2, la commission procède :

1°) à la répartition provisionnelle des charges entre les régimes pour l'année à venir et à la détermination des acomptes qui en résultent ;

2°) à la répartition définitive des charges entre les régimes pour l'année en cours, compte tenu du montant des acomptes versés au titre de cette même année.

Pour la détermination du montant des acomptes, il est appliqué au total des forfaits de soins de l'année en cours un coefficient de variation tenant compte des prévisions d'évolution économique.

A défaut d'accord, la répartition définitive ou provisionnelle est fixée par arrêté interministériel.

Article D174-8

Les sommes correspondant aux soldes positifs de la répartition définitive et de la répartition provisionnelle sont versées pour le compte des organismes de base par les organismes nationaux des régimes débiteurs aux organismes nationaux des régimes créditeurs.

Le versement de compensation résultant de la répartition provisionnelle est effectué par mensualités. Toutefois, les régimes non mentionnés à l'article D. 134-9, et éventuellement certains régimes dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, peuvent effectuer ces versements selon une périodicité trimestrielle.

Le versement des soldes de la régularisation définitive est effectué au plus tard au cours du mois qui suit leur détermination.

Section 4 : Dépenses de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile

Article D174-9

Le montant des frais afférents aux soins à domicile dispensés aux assurés sociaux supportés en vertu de l'article L. 174-10 par les régimes d'assurance maladie est versé au service de soins sous la forme d'un forfait global et annuel.

Article D174-10

Pour les services de soins à domicile publics ou privés ayant passé convention pour admettre des bénéficiaires de l'aide sociale et en admettant effectivement, le préfet arrête, après avoir recueilli l'avis des organismes d'assurance maladie selon les modalités fixées à l'article 12 du décret n° 81-448 du 8 mai 1981, et dans les conditions prévues à l'article 34 du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 et par le décret n° 61-9 du 3 janvier 1961, le montant du forfait global et annuel supporté par les régimes d'assurance maladie, ainsi que le montant du forfait journalier, sur la base du budget prévisionnel du service sans qu'y soient incorporés les résultats financiers des exercices précédents.

Article D174-11

Pour les services de soins à domicile privés ne relevant pas des dispositions de l'article D. 174-10, le forfait global de soins et le forfait journalier sont fixés par convention conclue entre les régimes d'assurance maladie et le service, en tenant compte des dépenses prévisionnelles du service.

Ces conventions sont soumises à l'homologation du préfet de la région dans laquelle est situé le service.

A défaut de convention, le forfait global de soins supporté par l'assurance maladie est fixé d'autorité par les organismes d'assurance maladie à un montant qui ne peut être inférieur à 75 p. 100 de la moyenne des montants des forfaits globaux applicables aux services de soins à domicile situés dans la région, ramenés à la journée.

Article D174-12

Le médecin-conseil du régime d'assurance maladie dont relève l'assuré est immédiatement informé de toute admission dans le service de soins à domicile ; il reçoit alors copie du protocole de traitement établi par le médecin prescripteur de l'intervention du service. Il est également informé des modifications apportées au traitement et de toutes les prolongations de prise en charge au-delà du trentième jour et tous les trois mois ensuite. Il peut mettre fin à tout moment à la prise en charge.

Il évalue régulièrement le fonctionnement médical du service.

Article D174-13

Le forfait global et annuel de soins ainsi que les dotations prévues à l'article 15 du décret n° 81-448 du 8 mai 1981 sont versés par un organisme d'assurance maladie et répartis entre les régimes dans les mêmes conditions que celles prévues par les articles D. 174-2 à D. 174-11.

Des avances de trésorerie peuvent être versées dans la limite d'un douzième du budget global de soins [*montant maximum*].

Article D174-14

Lorsqu'une personne relève du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre et d'un régime d'assurance maladie, la charge [*financière*] des soins à domicile incombe à l'organisme dont dépend la prise en charge de l'affection motivant principalement ces soins.

La détermination de l'origine de cette affection est faite par concertation entre les médecins chargés du contrôle médical des organismes considérés.

Section 9 : Dépenses relatives aux prestations dispensées dans des consultations à vocation préventive

Article D174-15

Les dépenses afférentes aux activités de dépistage mentionnées à l'article L. 355-23 du code de la santé publique sont prises en charge par l'assurance maladie.

Ces dépenses comprennent les consultations médicales et les investigations biologiques.

Article D174-16

Les dépenses des consultations de dépistage effectuées dans les structures mentionnées au II de l'article L. 174-16 sont prises en charge sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle versée par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle la structure est implantée, pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie. La caisse primaire d'assurance maladie procède chaque trimestre au règlement du quart de la dotation annuelle.

La répartition entre les régimes est effectuée chaque année suivant la répartition nationale des dotations globales hospitalières pour l'année considérée.

Article D174-17

Le montant de la dotation forfaitaire annuelle relative aux dépenses liées aux consultations de dépistage effectuées dans les structures mentionnées au II de l'article L. 174-16 est déterminé par un accord signé entre le représentant de la structure dans laquelle la consultation est effectuée et le directeur général de l'agence régionale de santé avant la fin du premier trimestre de l'année au titre de laquelle s'applique la dotation.

En l'absence d'accord entre le directeur général de l'agence régionale de santé et la structure concernée le directeur général de l'agence régionale de santé fixe le montant de la dotation avant le 30 avril de l'année concernée et le notifie à la caisse primaire d'assurance maladie territorialement compétente. En attendant la notification de la dotation définitive, la caisse primaire verse un trimestre prévisionnel qui équivaut à un trimestre du montant total de la dotation de l'année précédente.

Article D174-18

La dotation forfaitaire annuelle est fixée dans le respect de l'objectif des dépenses de soins de ville mentionné à l'article L. 227-1, en tenant compte notamment :

- des dépenses et de l'activité de la consultation constatée pour les trois dernières années ;
- des prévisions d'activité et de dépenses pour l'année considérée.

Chapitre 6 : Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des maladies professionnelles

Article D176-1

Le montant du versement institué par l'article L. 176-1 est calculé tous les trois ans, après avis d'une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes, en fonction de l'évolution des connaissances relatives à la sous-déclaration des maladies professionnelles, du coût réel des affections qui devraient être prises en charge au titre du livre IV et des dépenses d'incapacité temporaire liées aux maladies professionnelles de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles. Ce montant est fixé par décret.

Article D176-2

Le montant du versement revalorisé en application du deuxième alinéa de l'article L. 176-1 est fixé

par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D176-3

Le versement institué par l'article L. 176-1 intervient au cours du premier semestre de l'année au titre de laquelle il est dû.

Article D176-4

La participation, prévue au troisième alinéa de l'article L. 176-1, des collectivités, établissements et entreprises mentionnés à l'article L. 413-13 et assumant directement la charge totale de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles est calculée par application, à l'assiette définie à l'article L. 241-5, d'un taux fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et correspondant à une fraction du taux établi conformément aux articles D. 242-6-1 à D. 242-6-12 si ces dispositions leur étaient applicables. Pour ce calcul, seuls sont pris en compte les salaires perçus par les personnels concernés, bénéficiaires du livre IV et dont la charge est assumée par l'employeur.

Le taux fictif ainsi déterminé est notifié par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail dont relève le siège social ou l'établissement principal de l'entreprise ou de la collectivité, dans les conditions prévues à l'article D. 242-6-17. L'établissement ou la collectivité est tenu, le cas échéant, de produire à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente toutes justifications des éléments entrant dans le calcul de ce taux fictif.

Les employeurs susvisés versent à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales dont ils relèvent le montant de leur contribution. Ce versement, calculé par l'employeur d'après le taux fixé au premier alinéa ci-dessus, est effectué dans les conditions prévues par le chapitre III du titre IV du livre II.

Partie réglementaire - Décrets simples

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

Titre 8 : Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 5 : Participation de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés aux assurances en responsabilité civile.

Article D185-1

Les médecins régis par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-4-2 du présent code exerçant une spécialité énumérée à l'article D. 4135-2 du code de la santé publique dans un établissement de santé, et qui sont accrédités ou engagés dans une procédure de renouvellement de leur accréditation prévue à l'article L. 4135-1 du code de la santé publique, peuvent bénéficier d'une aide à la souscription d'une assurance en responsabilité civile dont le montant tient compte des caractéristiques d'exercice énumérées à l'alinéa suivant, de la part de la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité.

Les médecins exerçant en établissement les spécialités mentionnées à l'article D. 4135-2 du code de la santé publique peuvent bénéficier, de la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité, d'une aide annuelle variable en fonction du montant de la prime d'assurance en responsabilité civile qu'ils ont à leur charge, de leur spécialité et de leurs conditions d'exercice, dès lors que plus de la moitié des actes techniques qu'ils réalisent sont :

1° Pour ce qui concerne les spécialités mentionnées du 1° au 17° de l'article D. 4135-2 du code de la santé publique, des accouchements, des échographies obstétricales ou des actes inscrits sous l'appellation " acte de chirurgie " ou " acte d'anesthésie " sur la liste mentionnée aux articles L. 162-1-7 et R. 162-52 du présent code ;

2° Pour ce qui concerne les spécialités visées aux 18°, 19°, 20° et 21°, les actes interventionnels remboursables suivants : actes d'endoscopies de l'appareil digestif, actes de proctologie, actes d'endoscopies de l'appareil respiratoire, actes par voie vasculaire transcutanée, échographies obstétricales.

Cette aide annuelle est calculée à partir d'un seuil minimum d'appel de cotisation de 4 000 Euros dans la limite d'un seuil maximum fixé selon les spécialités :

a) à 25 200 euros pour la gynécologie-obstétrique et l'obstétrique ;

b) à 9 800 euros pour l'anesthésie-réanimation et la réanimation médicale ;

c) A 21 000 euros pour les spécialités mentionnées du 1° au 11° à l'article D. 4135-2 du code de la santé publique ;

d) A 15 000 euros pour les spécialités mentionnées du 15° au 21° à l'article D. 4135-2 du code de la santé publique.

Le montant de cette aide est calculé dans les conditions suivantes :

-50 % de cette part pour les médecins non autorisés à pratiquer des honoraires différents et pour les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ayant adhéré à l'option de coordination ;

-35 % de cette part pour les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents n'ayant pas adhéré à l'option de coordination.

Pour les spécialités mentionnées du 1° au 12° et au 16° de l'article D. 4135-2 du code de la santé publique, l'aide annuelle est calculée par exception aux cinquième, dixième et onzième alinéas du présent article selon les modalités suivantes :

1° Le seuil minimum d'appel de cotisation mentionné au cinquième alinéa du présent article est fixé à 0 euro.

2° Les taux mentionnés aux dixième et onzième alinéas du présent article sont portés :

-aux deux tiers pour les médecins non autorisés à pratiquer des honoraires différents ainsi que pour les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ayant adhéré à l'option de coordination ;

-à 55 % pour les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents n'ayant pas adhéré à l'option de coordination.

Une partie, dont le niveau est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, de l'aide prévue au présent article est versée par la caisse primaire d'assurance maladie à l'organisme auprès duquel le médecin s'est engagé dans la procédure d'accréditation.

Les seuils maximum d'appel de cotisation mentionnés ci-dessus évoluent chaque année en fonction d'un indice des primes de responsabilité civile médicale de la spécialité ou du groupe de spécialités concernés, dans des conditions fixées par décret.

Cet indice est fondé sur des informations transmises annuellement par les entreprises d'assurance couvrant en France les risques de responsabilité civile mentionnés à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique.

Article D185-2

Pour bénéficier de l'aide mentionnée à l'article D. 185-1, les médecins doivent remplir les conditions suivantes :

1° Transmettre à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort duquel ils exercent leur activité une copie du certificat d'accréditation ou de renouvellement d'accréditation ;

2° Annulé ;

3° Transmettre une copie de leur contrat d'assurance.

Les conditions prévues aux 2° et 3° doivent être satisfaites chaque année.

Article D185-3

Le bénéfice de l'aide cesse à compter de la date du renoncement à l'accréditation, du retrait d'accréditation ou du refus de renouvellement de l'accréditation.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 2 : Caisses d'allocations familiales

Section 1 : Dispositions générales.

Article D212-1

Le décret prévu au deuxième alinéa de l'article L. 212-1 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et, le cas échéant, du ministre intéressé.

Article D212-2

Pour les catégories de salariés autres que les salariés agricoles, mentionnées à l'article L. 212-1, et dont les prestations familiales sont financées par la caisse nationale des allocations familiales, le service desdites prestations est assuré dans les conditions définies ci-après.

Article D212-4

Sont autorisés à servir directement les prestations familiales à leurs personnels en activité et en retraite :

1° La Société nationale des chemins de fer français à l'exception du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant ;

2° Les entreprises dont les agents relèvent du statut des industries électriques et gazières, à l'exception du service de la prestation d'accueil du jeune enfant et de l'allocation de logement visée

à l'article L. 511-1. La Caisse nationale des industries électriques et gazières est également autorisée à verser les prestations précitées aux assurés sociaux qui lui sont affiliés en application du I de l'article 16 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières ;

3° La Régie autonome des transports parisiens à l'exception de la prestation d'accueil du jeune enfant.

Section 3 : Caisse nationale d'allocations familiales des marins du commerce - Caisse nationale d'allocations familiales de la pêche maritime - Caisse nationale d'allocations familiales de la navigation intérieure

Article D212-6

Le conseil d'administration de la caisse maritime d'allocations familiales est composé de la manière suivante :

1. Quinze représentants des assurés sociaux désignés, à raison de :

- six par la Confédération générale du travail ;
- quatre par la Confédération française démocratique du travail ;
- trois par la Confédération française des travailleurs chrétiens ;
- deux par la Confédération générale du travail-Force ouvrière.

2. Quinze représentants des armateurs et des travailleurs indépendants, dont :

- six représentants désignés par le Comité central des armateurs de France ;
- trois représentants des armateurs désignés par l'Union des armateurs à la pêche de France ;
- trois représentants des travailleurs indépendants désignés par la Confédération générale du travail ;
- deux représentants des travailleurs indépendants désignés par la Confédération française des travailleurs chrétiens ;
- un représentant des travailleurs indépendants désigné par la Confédération française démocratique

du travail ;

3. Quatre représentants des associations familiales désignés par l'Union nationale des associations familiales.

4. Une personne qualifiée désignée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Chapitre 3 : Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF).

Article D213-1

La circonscription territoriale d'une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales est départementale ou régionale. Elle est fixée, ainsi que le siège de l'union, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D213-1-1

Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 213-1, la délégation de compétences en matière de contrôle entre unions de recouvrement prend la forme d'une convention générale de réciprocité ouverte à l'adhésion de l'ensemble des unions, pour une période d'adhésion minimale d'un an, renouvelable par tacite reconduction.

Le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargé d'établir cette convention et de recevoir les adhésions.

Article D213-1-2

En application du pouvoir de coordination prévu par l'article L. 225-1-1 et pour des missions de contrôle spécifiques, le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut, à son initiative ou sur demande émise par une union, demander à une union de recouvrement de déléguer ses compétences en matière de contrôle à une autre union de recouvrement. La délégation prend la forme d'une convention de réciprocité spécifique. Le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargé d'établir cette convention et de recevoir l'accord des unions concernées.

Article D213-1-3

Le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut, à son initiative ou à la demande d'une union, confier à une union faisant fonction d'interlocuteur unique défini à l'article R.

243-6 la conduite des actions liées au recouvrement et de toute action contentieuse, tant en demande qu'en défense, à l'encontre des cotisants pour lesquels l'union a été désignée comme interlocuteur unique, quelles que soient la date et l'origine des litiges.

Le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale veille à la mise en œuvre des décisions prises en vertu du précédent alinéa et en assure la publicité auprès des tiers concernés.

Article D213-2

Le personnel de l'union ne peut être pris en dehors du personnel des caisses tant que ces organismes n'ont pas avisé l'union de l'impossibilité de répondre aux demandes présentées.

Les fonctions de directeur et d'agent comptable de l'union pourront être assurées par les titulaires des postes correspondants de l'une ou l'autre des caisses constituantes.

Article D213-3

La commission de recours amiable des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales est composée conformément aux dispositions de l'article R. 142-2, sous les réserves suivantes :

Le trésorier-payeur général, ou son représentant, participe aux délibérations de la commission de recours amiable avec voix consultative.

La commission de recours amiable peut s'adjoindre des membres suppléants choisis parmi les administrateurs travailleurs indépendants de la caisse d'allocations familiales.

Article D213-4

Les dispositions de l'article D. 231-24 sont applicables aux conseils d'administration des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

Article D213-5

Lors de leur création, les unions reçoivent des caisses membres une avance pour frais de premier établissement. Le montant de la participation de chaque caisse peut être fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction des cotisations encaissées par elles au cours de l'année civile précédant celle de la création. Cette participation peut être représentée pour partie par des biens meubles ou immeubles transférés à l'union.

Article D213-6

Pour chacune de ces unions de recouvrement, un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixera, le cas échéant, la date à partir de laquelle leur compétence est étendue à l'ensemble des opérations mentionnées aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 213-1.

Article D213-7

I.-Des conseils départementaux sont créés dans chaque département auprès des conseils d'administration des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales dont la circonscription géographique est régionale.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne sont pas applicables aux départements de la collectivité territoriale de Corse. Pour la région Ile-de-France, elles s'appliquent au seul département de Seine-et-Marne.

Les conseils départementaux sont composés de seize membres comprenant :

1° Huit membres désignés au titre des assurés sociaux par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Huit membres désignés au titre des employeurs et des travailleurs indépendants, dont cinq par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives, et trois désignés par les institutions ou organisations professionnelles de travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national ;

Les sièges sont répartis entre les représentants des assurés sociaux, les représentants des employeurs et des travailleurs indépendants selon les règles prévues respectivement aux articles D. 231-2 et D. 231-3 pour les conseils d'administration des unions pour le recouvrement des cotisations sociales et d'allocations familiales.

Les règles d'inéligibilité et d'incompatibilité imposées aux membres des conseils d'administration des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales par les articles L. 144-1, L. 231-6 et L. 231-6-1 sont applicables aux membres des conseils départementaux.

Les membres des conseils départementaux sont nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après transmission, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, des désignations auxquelles ont procédé les organisations ou institutions mentionnées aux 1° et 2°.

Les fonctions des membres des conseils départementaux prennent fin à l'expiration du mandat des membres du conseil d'administration.

II.-Dans chaque département, ces conseils :

1° Assurent le suivi de l'activité de l'URSSAF, notamment celle relative au recouvrement, au contrôle et à la lutte contre les fraudes ;

2° S'assurent de la qualité du service rendu aux cotisants au regard, notamment, des objectifs fixés

par les contrats pluriannuels de gestion prévus à l'article L. 227-3 ;

3° Suivent l'évolution du contexte socio-économique.

Des instances départementales d'instruction des recours amiables sont constituées au sein des conseils départementaux. Elles sont composées de dix membres désignés parmi les conseillers départementaux à raison d'un représentant par organisation syndicale au titre des assurés sociaux et de cinq représentants au titre des employeurs et travailleurs indépendants.

Chapitre 5 : Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail

Article D215-1

Les circonscriptions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail sont fixées conformément au tableau joint au présent chapitre (annexe I).

Chapitre 7 : Dispositions communes - Dispositions d'application

Section 2 : Dispositions diverses concernant les administrateurs des caisses.

Article D217-1

En cas de pluralité d'unions départementales des associations familiales dans la circonscription d'une caisse primaire d'assurance maladie, d'une caisse d'allocations familiales ou d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, le ou les représentants des associations familiales au conseil d'administration de cette caisse sont désignés par l'union nationale des associations familiales si les unions départementales ne sont pas parvenues à un accord dans le délai de deux mois à compter de la date des élections des représentants des assurés sociaux dans les conseils d'administration des caisses locales.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

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

Section 1 : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

Article D221-1

Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, mentionné à l'article L. 221-1-1, est placé au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article D221-2

Le comité national de gestion du fonds comprend :

1° Au titre des représentants du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie :

- a) Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou son représentant ;
- b) Le directeur général du régime social des indépendants ou son représentant ;
- c) Le directeur de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ou son représentant ;
- d) Un représentant désigné par le collège des directeurs ou son suppléant désigné dans les mêmes conditions ;

2° Au titre des représentants de l'Etat :

- a) Le directeur général de l'offre de soins ou son représentant ;
- b) Le directeur général de la santé ou son représentant ;

c) Le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;

d) Le directeur général de la cohésion sociale ou son représentant ;

Le comité national de gestion du fonds est présidé alternativement, par périodes d'une année commençant le 1er janvier, par le directeur général de l'offre de soins et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ou leurs représentants. La vice-présidence est assurée pendant la même période par le directeur qui n'est pas chargé de la présidence.

Le comité national de gestion comprend en son sein un bureau composé du directeur général de l'offre de soins et du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de leurs représentants. Le bureau prépare et exécute les décisions du comité national de gestion dans les conditions prévues par le règlement intérieur du comité mentionné à l'article D. 221-3.

Article D221-3

Le comité national de gestion prend toute décision nécessaire à la gestion du fonds, dans le cadre des compétences prévues à l'article L. 221-1-1.

Il élabore son règlement intérieur, qui fixe la périodicité de ses réunions et organise son fonctionnement.

Les décisions du comité national de gestion sont prises à la majorité. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Article D221-4

Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins comprend :

1° Un collège de l'assurance maladie comprenant douze représentants du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dont :

a) Huit représentants désignés par ce conseil parmi les membres siégeant en qualité de représentants du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en application des articles L. 182-2-2 et R. 182-2 ;

b) Deux représentants désignés par ce conseil parmi les membres siégeant en qualité de représentants du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants, en application des articles L. 182-2-2 et R. 182-2 ;

c) Deux représentants désignés par ce conseil parmi les membres siégeant en qualité de représentants du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole, en application des articles L. 182-2-2 et R. 182-2 ;

2° Un collège des professionnels de santé comprenant :

a) Neuf représentants désignés par l'Union nationale des professionnels de santé, dont au moins deux médecins ;

b) Trois représentants des conférences des présidents de commissions médicales d'établissement, désignés respectivement par la conférence des présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers universitaires, par la conférence des présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers, et par la conférence des présidents des conférences médicales d'établissements privés ;

3° Trois représentants des fédérations d'établissements sanitaires et médico-sociaux : un représentant de la Fédération hospitalière de France, un représentant de la Fédération de l'hospitalisation privée, un représentant de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif ;

4° Cinq personnalités, dont au moins un représentant des usagers, choisies en fonction de leur expérience et de leurs compétences.

Les membres du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins sont nommés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour une durée de trois ans.

Le président du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins est désigné par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale parmi les personnalités qualifiées mentionnées au 4° et après avis du président de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Deux vice-présidents sont élus par le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins comprend, pour chacun des membres mentionnés aux 1°, 2° et 3° ci-dessus, un suppléant nommé dans les mêmes conditions. Le suppléant ne peut assister aux séances du conseil qu'en l'absence du titulaire.

Toute personne qui perd la qualité en laquelle elle a été nommée cesse d'être membre du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

Le remplacement d'un membre, en cas de cessation des fonctions au cours du mandat, s'effectue dans les mêmes conditions que la nomination et pour la durée du mandat restant à accomplir.

Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président et, le cas échéant, à la demande du président du comité national de gestion.

Le président du comité national de gestion ou son représentant assiste aux réunions du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

Article D221-5

Le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins est composé de huit membres :

a) Quatre représentants du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dont le président de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un représentant de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un représentant du régime social des indépendants, et un représentant de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole désignés en son sein par le collège de l'assurance maladie mentionné à l'article D. 221-4.

b) Quatre représentants de l'Union nationale des professionnels de santé désignés en son sein par le collège des professionnels de santé mentionné à l'article D. 221-4.

Le bureau est présidé par le président de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Les autres membres et du bureau sont désignés pour la durée du mandat des membres du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

Le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins comprend pour chaque titulaire un suppléant désigné dans les mêmes conditions que le titulaire. Le suppléant ne peut assister aux séances du bureau qu'en l'absence du titulaire.

Tout membre du bureau qui cesse d'être membre du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins cesse d'être membre du bureau.

Le remplacement d'un membre, en cas de cessation des fonctions au cours du mandat, s'effectue dans les mêmes conditions que la désignation et pour la durée du mandat restant à accomplir.

Le président du comité national de gestion du fonds ou son représentant ainsi que l'agent comptable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou son représentant assistent aux séances du bureau.

Le bureau se réunit sur convocation de son président. Il attribue les aides en vue des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 221-1-1, sur la base des orientations arrêtées dans les conditions prévues au IV du même article.

Les délibérations du bureau sont transmises aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elles sont exécutoires en l'absence d'opposition des ministres dans un délai de vingt jours à compter de leur transmission.

Article D221-6

Lorsqu'une décision d'attribution d'aide est devenue exécutoire, la contractualisation avec le bénéficiaire de l'aide doit intervenir dans un délai de trois mois. Au-delà de ce délai, l'instance ayant attribué l'aide est informée des raisons du retard par son président.

Article D221-7

Le comité national de gestion établit chaque année, et modifie le cas échéant par décision modificative, un budget prévisionnel en équilibre des recettes et des dépenses du fonds.

Ce budget comporte les crédits nationaux et les dotations déléguées aux agences régionales de santé. Il fait apparaître la part réservée, au niveau national, aux expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 221-1-1.

Pour les crédits nationaux, le budget précise notamment la nature et le montant des différentes dépenses prévisionnelles relatives aux frais de gestion du fonds.

Article D221-8

Les opérations d'engagement, de liquidation et d'ordonnement des crédits nationaux sont assurées par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

L'agent comptable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés procède au paiement au vu des états liquidatifs transmis par le directeur général.

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rend compte au comité national de gestion, chaque semestre, de l'état des consommations des crédits du fonds.

Article D221-9

Le fonds est soumis au contrôle économique et financier de l'Etat dans les conditions prévues à l'article R. 282-1.

Article D221-10

Un compte de résultats du fonds retraçant les dépenses et les recettes relatives aux actions à caractère national et régional est établi à l'issue de chaque exercice comptable. Les résultats bénéficiaires de l'exercice sont affectés au fonds. Cette situation comptable est retracée dans une ligne spéciale du bilan annuel de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article D221-11

L'attribution des aides du fonds est déconcentrée pour l'ensemble des actions à caractère régional ou local et confiée aux agences régionales de santé.

Le comité national de gestion notifie à chaque agence régionale de santé la dotation qui lui est déléguée.

Article D221-12

Dans le cadre des orientations définies dans les conditions prévues au IV de l'article L. 221-1-1, les agences régionales de santé peuvent, sur décision de leur directeur général, procéder à l'attribution des aides sur une base pluriannuelle et pour une durée maximale de cinq ans.

Il est procédé à une évaluation de l'action financée à l'issue de chaque période de financement, et au moins tous les trois ans lorsque l'aide est attribuée sur une base pluriannuelle. Le renouvellement du financement est subordonné à l'évaluation des résultats de chaque action.

Un contrat unique peut être signé entre un promoteur de projet et plusieurs agences régionales de santé.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux réseaux de santé, qui relèvent des articles R. 162-59 à R. 162-68.

Article D221-21

Dès la notification de la dotation régionale déléguée à l'agence régionale de santé, le directeur général de l'agence établit un document prévisionnel des engagements dont le montant total ne peut être supérieur à la dotation déléguée à l'agence. Il actualise ce document au cours de l'exercice compte tenu des engagements déjà effectués. Il suit la consommation de la dotation déléguée à l'agence au vu des sommes engagées, des paiements effectués et des montants recouverts.

Article D221-22

Le directeur général de l'agence régionale de santé procède à l'engagement des sommes correspondant aux aides attribuées dans le cadre de la dotation régionale déléguée à l'agence. Il veille au suivi des actions financées.

En cas de non-réalisation d'une action en contrepartie de laquelle une aide a été versée ou d'excédents importants résultant des seules sommes déjà versées, il peut ordonner le recouvrement des sommes en cause après avoir demandé au bénéficiaire de l'aide de lui présenter ses observations.

Le directeur de l'organisme d'assurance maladie du régime général désigné par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés pour la région où l'agence a son siège assure les opérations de liquidation, d'ordonnancement et de recouvrement. Il en informe le directeur général de l'agence régionale de santé.

L'agent comptable de l'organisme d'assurance maladie mentionné à l'alinéa précédent procède au paiement et au recouvrement au vu des états liquidatifs transmis par le directeur de cet organisme.

Article D221-23

Le directeur général de l'agence régionale de santé établit chaque année un rapport relatif à la mise en œuvre de la dotation régionale déléguée à l'agence. Ce rapport comprend notamment :

1° La consommation de la dotation déléguée à l'agence ;

2° Une analyse de la prise en compte des orientations nationales du fonds ;

3° Une étude spécifique aux réseaux de santé comprenant une synthèse des rapports mentionnés à l'article R. 162-65, une récapitulation détaillée des dérogations prévues à l'article L. 162-45 et des dépenses financées à ce titre ainsi qu'une analyse des évaluations des réseaux de santé arrivant au terme de l'application de leur décision de financement.

Ce rapport est adressé au plus tard le 30 avril de l'année suivante au comité national de gestion du fonds et à la commission régionale de gestion du risque.

Article D221-24

Un compte de résultats de la dotation déléguée à chaque agence régionale de santé est établi à l'issue de l'exercice par l'agent comptable mentionné au dernier alinéa de l'article D. 221-22. Il est transmis au directeur général de l'agence régionale de santé et à l'agent comptable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les crédits disponibles au titre de chaque dotation régionale à la clôture de l'exercice sont reversés au fonds.

Article D221-25

Après délibération du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins, le rapport d'activité annuel retraçant l'activité du fonds au niveau national et la mise en œuvre des dotations régionales déléguées aux agences régionales de santé est transmis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au conseil de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, au plus tard le 30 juin de l'année suivante.

Article D221-26

Le compte de résultat mentionné à l'article D. 221-10 est approuvé par le comité national de gestion.

Article D221-27

La participation des régimes au financement du fonds est versée par ces derniers à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au plus tard dans le mois qui suit la publication de l'arrêté visé au II de l'article L. 221-1-1.

Des conventions signées entre les régimes d'assurance maladie fixent les modalités de mise en oeuvre de l'alinéa ci-dessus, notamment s'agissant des échéances de règlement, des modalités de versement d'acomptes trimestriels.

Section 2 : Fonds des actions conventionnelles

Article D221-28

Le fonds des actions conventionnelles créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés par l'article L. 221-1-2 comporte une section distincte par profession faisant l'objet d'une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 et pour les centres de santé conventionnés au titre de l'accord mentionné à l'article L. 162-32-1.

Pour chacune des sections, les partenaires conventionnels déterminent, dans les conditions prévues à l'article L. 162-15, les modalités selon lesquelles il est établi chaque année, et modifié le cas échéant par décision modificative, un budget prévisionnel en équilibre des recettes et des dépenses de la section, ainsi que les modalités selon lesquelles sont prises les décisions de financements.

Lorsque des ressources inscrites dans la convention mentionnée à l'article L. 227-1 sont affectées au budget d'une ou plusieurs sections du fonds des actions conventionnelles, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés veille à ce que la totalité de ces affectations n'excède pas le montant inscrit pour ces ressources dans la convention précitée. Ces budgets sont soumis au conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article D221-29

Les opérations d'engagement, de liquidation et d'ordonnancement sont assurées par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. L'agent comptable de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés procède au paiement au vu des états liquidatifs transmis par le directeur général.

Article D221-30

La section des médecins dispose d'une sous-section retraçant les recettes et les dépenses liées au produit de la cotisation et au versement de l'allocation de remplacement prévues à l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale et mentionnées respectivement au 1° du I de l'article L. 221-1-2 et au premier alinéa du II du même article. En vue de l'établissement du budget mentionné à l'article D. 221-28, sont prises en compte les prévisions établies par la caisse autonome de retraite des médecins français.

Article D221-31

Le produit de la cotisation mentionnée au 1° du I de l'article L. 221-1-2 est versé par la caisse autonome de retraite des médecins français à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui en retrace le montant dans la sous-section mentionnée à l'article D. 221-30. Les modalités de ce versement sont fixées par une convention passée entre les deux caisses.

Les allocations de remplacement prévues par l'article 4 de la loi du 5 janvier 1988 susmentionnée sont liquidées par la caisse autonome de retraite des médecins français. Celle-ci adresse un état liquidatif des allocations et des cotisations qui y sont assises à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi que toutes les pièces justificatives nécessaires. L'agent comptable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés procède aux vérifications auxquelles il est tenu conformément à la réglementation applicable aux établissements publics de l'Etat. Si une irrégularité est constatée, il en avise la caisse autonome de retraite des médecins français qui procède aux régularisations nécessaires et adresse un nouvel état liquidatif.

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peut déléguer le versement des allocations de remplacement mentionnées au deuxième alinéa du présent article à la caisse autonome de retraite des médecins français, selon des modalités fixées par la convention mentionnée au premier alinéa du présent article.

Article D221-32

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés notifie à chaque caisse primaire d'assurance maladie et caisse générale de sécurité sociale le montant de la dotation annuelle dont elle dispose au titre de chacune des sections du fonds. Les opérations d'engagement, de liquidation et d'ordonnancement sont effectuées par le directeur de la caisse primaire ou générale de sécurité sociale.

Le paiement est effectué par l'agent comptable de la caisse primaire d'assurance maladie ou de la caisse générale de sécurité sociale au vu des états liquidatifs transmis par son directeur.

Article D221-33

Un compte de résultat du fonds des actions conventionnelles est établi à l'issu de chaque exercice comptable. Le compte de résultat est présenté par section. Aucune section ne peut être déficitaire. Les résultats excédentaires de la sous-section mentionnée à l'article D. 221-30 sont affectés à cette sous-section.

Le compte de résultat est soumis au conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dans le cadre des opérations d'arrêté des comptes préparées par l'agent comptable de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Chapitre 3 : Caisse nationale des allocations familiales

Article D223-1

I.-Pour l'application du 7° de l'article L. 223-1, les opérations de remboursement aux employeurs autres que l'Etat des rémunérations versées sont confiées, à titre exclusif, par la Caisse nationale des allocations familiales à la Caisse des dépôts et consignations par une convention de gestion également passée avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Cette convention fixe les conditions dans lesquelles la Caisse nationale des allocations familiales verse à la Caisse des dépôts et consignations, de façon provisionnelle, les sommes nécessaires aux opérations de remboursement. Elle fixe également le montant des frais de gestion versés par la Caisse nationale des allocations familiales à la Caisse des dépôts et consignations, ainsi que la périodicité et la nature des états ou pièces justificatives produits par la Caisse des dépôts et consignations.

Les employeurs autres que l'Etat adressent une demande de remboursement à la Caisse des dépôts et consignations. Les remboursements interviennent trimestriellement, sur la base d'un état récapitulatif indiquant, pour chaque agent concerné, le montant des dépenses à la charge de l'employeur et des dépenses remboursables, ainsi que le nombre des agents concernés et le nombre de jours de congés pris.

Les employeurs tiennent à la disposition de la Caisse des dépôts et consignations les pièces justificatives des demandes de remboursement pour chacun des agents concernés.

II.-Le remboursement des rémunérations servies par l'Etat à ses agents est effectué annuellement, sur le fondement d'un état récapitulatif produit à l'occasion des opérations de centralisation des comptes effectuées en application du 1° de l'article L. 223-1. L'état récapitulatif précise notamment le nombre des agents concernés et des jours de congés pris.

L'Etat tient à la disposition de la Caisse nationale des allocations familiales les pièces justificatives des demandes de remboursement pour chacun des agents concernés.

Article D223-2

Pour l'application du 8° de l'article L. 223-1, les modalités de remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales à la Banque de France des sommes versées aux agents titulaires de la Banque de France au titre du congé de paternité, ainsi que les pièces justificatives à produire, sont fixées par une convention conclue entre la Caisse nationale des allocations familiales et la Banque de France.

Cette convention peut prévoir le versement d'acomptes, calculés en fonction des dépenses constatées au cours de l'exercice précédent. Les états justificatifs comportent notamment le nombre des agents concernés et des jours de congé pris.

Le remboursement à leurs employeurs des rémunérations servies aux agents bénéficiaires des autres régimes spéciaux mentionnés au 8° de l'article L. 223-1 est effectué annuellement, sur le fondement d'un état récapitulatif produit à l'occasion des opérations de centralisation des comptes effectuées en application du 1° du même article. L'état récapitulatif précise notamment le nombre des agents concernés et des jours de congé pris.

Les employeurs mentionnés à cet article tiennent à la disposition de la Caisse nationale des allocations familiales les pièces justificatives des demandes de remboursement pour chacun des agents concernés.

Chapitre 4 : Dispositions communes aux caisses nationales et à l'Agence centrale

Article D224-1

Pour l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 224-5, l'union des caisses nationales de sécurité sociale est chargée d'animer le réseau des centres régionaux pour la formation et le perfectionnement professionnels, conformément aux modèles de statuts desdits organismes.

L'union établit un bilan annuel des formations dispensées aux agents des organismes de sécurité sociale du régime général.

Article D224-2

Le conseil d'orientation de l'union des caisses nationales de sécurité sociale comprend 24 membres. Le nombre de sièges attribués aux représentants d'une part des assurés sociaux, d'autre part des employeurs, ainsi que la répartition de ces sièges entre les organisations représentant chacune de ces deux catégories d'administrateurs sont identiques à ceux retenus pour la composition des conseils d'administration des organismes visés à l'article L. 211-2.

Les suppléants sont désignés conformément aux dispositions du I de l'article L. 231-3.

Les membres du conseil d'orientation, désignés ou membres de droit, sont nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D224-3

Le président et le vice-président du conseil d'orientation sont élus dans des conditions fixées à l'article D. 231-24.

Le conseil se réunit chaque fois qu'il est convoqué par son président et au moins quatre fois par an.

Le conseil siège valablement dès lors que le nombre de ses membres assistant à la séance est supérieur à la moitié du nombre total des administrateurs ayant voix délibérative dont il est composé.

Est nulle et non avenue toute décision prise dès lors que le quorum n'est plus atteint en cours de séance.

L'agent comptable de l'union assiste, avec voix consultative, aux séances du conseil d'orientation et de ses commissions.

Le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget sont représentés auprès de l'union des caisses nationales de sécurité sociale chacun par un commissaire du Gouvernement.

Les commissaires du Gouvernement assistent aux séances du conseil d'orientation et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

Article D224-4

Le conseil d'orientation est tenu de constituer en son sein une commission des marchés, conformément à la réglementation en vigueur.

Les membres du conseil d'orientation suppléants peuvent être désignés par le conseil d'orientation membres titulaires des commissions.

Article D224-5

Pour l'application des dispositions du premier alinéa de l'article L. 224-5-2, un représentant chargé de siéger au comité exécutif des directeurs de l'union des caisses nationales de sécurité sociale est désigné pour une période de trois ans renouvelable une fois par les directeurs d'organismes locaux ou régionaux relevant des branches visées aux 1^o, 3^o et 4^o de l'article L. 200-2 et d'organismes locaux ou régionaux de recouvrement, qui composent chacun des comités de branche placés

respectivement auprès du directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Chaque nomination est transmise à l'union des caisses nationales de sécurité sociale par le directeur de la caisse nationale concernée.

Le comité de branche placé auprès du directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés comprend les directeurs des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et le directeur de la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg.

Le comité de branche placé auprès du directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés représente la branche maladie, maternité, invalidité décès ainsi que la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Le mandat de membre du comité des directeurs est lié à l'exercice de la fonction de directeur d'organisme de la branche.

Article D224-6

Le président et le vice-président du comité exécutif des directeurs sont élus parmi les membres du comité dans des conditions définies à l'article D. 231-24.

Le vice-président remplace le président en cas d'empêchement.

Le comité se réunit chaque fois qu'il est convoqué par le président et au moins quatre fois par an.

Le comité ne peut délibérer valablement que si la majorité des membres assistent à la séance.

Les membres du comité ne peuvent se faire représenter aux séances. Toutefois, ils peuvent donner délégation de vote à un autre membre du comité. Dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation. Les directeurs des caisses nationales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ne peuvent donner leur délégation de vote qu'à un autre membre du comité, directeur d'un organisme national.

En cas d'absence d'un directeur d'une caisse nationale ou de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, un agent de la caisse nationale ou de l'agence peut assister aux séances du comité avec voix consultative.

Les décisions sont prises à la majorité des voix. Le directeur et l'agent comptable de l'union assistent de plein droit avec voix consultative aux séances du comité.

Les commissaires du Gouvernement mentionnés à l'article D. 224-3 assistent aux séances du comité et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

Article D224-7

Sous réserve des dispositions des articles L. 224-5-1 et L. 224-5-2, le comité exécutif des directeurs a également pour rôle :

1° De nommer, sur la proposition du directeur, aux autres emplois de direction de l'union, sous réserve de l'agrément prévu à l'article R. 123-48 ;

2° De désigner les agents chargés de l'intérim des emplois de direction de l'union ;

3° De donner son avis sur les accords collectifs locaux soumis à l'agrément ministériel en application des articles L. 123-1 et L. 123-2 ;

4° De déterminer les modalités de mise en oeuvre des tâches communes aux différentes branches du régime général qui sont confiées à l'union ;

5° De donner mandat au directeur de l'union pour signer les accords collectifs nationaux négociés.

Article D224-8

Le directeur de l'union assure le fonctionnement de l'union sous le contrôle du comité exécutif des directeurs.

Le directeur soumet au comité exécutif des directeurs les accords collectifs nationaux négociés avant leur signature.

Le directeur a seule autorité sur le personnel, fixe l'organisation du travail dans les services et assure la discipline générale ; sous réserve des dispositions législatives ou réglementaires donnant compétence à une autre autorité, il prend toutes mesures individuelles concernant la gestion du personnel.

Le directeur est ordonnateur des recettes et des dépenses de l'union.

Le directeur peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature à un ou plusieurs agents de l'union pour effectuer en son nom soit certains actes, soit tous les actes relatifs à certaines de ses attributions.

En cas de vacance de l'emploi de directeur, d'absence momentanée ou d'empêchement de celui-ci, ses fonctions sont exercées par le directeur adjoint ou, à défaut, par un sous-directeur.

Le directeur préside le comité d'entreprise et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Article D224-9

Le conseil d'orientation décide de la représentation de l'union des caisses nationales de sécurité sociale auprès des organismes extérieurs.

Article D224-10

Le secrétariat de l'instance nationale de concertation mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 224-5-2 est assuré par le directeur de l'union.

Article D224-11

Les délibérations du conseil d'orientation et du comité exécutif des directeurs sont soumises à approbation des autorités de tutelle dans les conditions fixées à l'article L. 224-10.

Chapitre 5 : Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Article D225-1

Le décret prévu par l'article L. 225-1 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article D225-2

L'arrêté prévu par l'article L. 225-6 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 3 : Dispositions communes à toutes les caisses

Chapitre 1er : Dispositions relatives aux conseils ou aux conseils d'administration

Section 1 : Composition des conseils ou des conseils d'administration

Sous-section 2 : Membres désignés.

Article D231-1

L'autorité compétente pour la désignation des personnes qualifiées au sein des conseils d'administration des caisses nationales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est le ministre chargé de la sécurité sociale.

L'autorité compétente pour la désignation des personnes qualifiées au sein des conseils d'administration des organismes visés aux articles L. 212-2, L. 213-2, L. 215-2, L. 215-3, L. 215-7, L. 752-6 et L. 752-9 est le préfet de la région dans laquelle l'organisme a son siège.

Article D231-2

Les sièges des représentants des assurés sociaux dans les conseils d'administration des organismes visés aux articles L. 212-2, L. 213-2, L. 215-2, L. 215-3, L. 215-7, L. 752-6 et L. 752-9 sont répartis ainsi :

- Confédération générale du travail : deux ;

- Confédération générale du travail Force ouvrière : deux ;

- Confédération française démocratique du travail : deux ;
- Confédération française des travailleurs chrétiens : un ;
- Confédération française de l'encadrement CGC : un.

Les sièges des représentants des assurés sociaux dans les conseils d'administration des caisses nationales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont répartis ainsi :

- Confédération générale du travail : trois ;
- Confédération générale du travail Force ouvrière : trois ;
- Confédération française démocratique du travail : trois ;
- Confédération française des travailleurs chrétiens : deux ;
- Confédération française de l'encadrement CGC : deux.

Article D231-3

Les représentants des employeurs dans les conseils d'administration des organismes de sécurité sociale du régime général visés aux articles L. 215-2, L. 215-3 et L. 215-7 sont désignés à raison de :

- quatre membres par le Mouvement des entreprises de France ;
- deux membres par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;
- deux membres par l'Union professionnelle artisanale.

Les représentants des employeurs au conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés sont désignés à raison de :

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

Les représentants des employeurs dans les conseils d'administration des organismes de sécurité sociale visés aux articles L. 212-2, L. 213-2, L. 752-6 et L. 752-9 sont désignés à raison de :

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

Les représentants des employeurs dans les conseils d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont désignés à raison de :

- six membres par le Mouvement des entreprises de France ;
- deux membres par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;
- deux membres par l'Union professionnelle artisanale.

Les représentants des travailleurs indépendants dans les conseils d'administration des organismes visés aux articles L. 212-2, L. 213-2, L. 223-3, L. 225-3, L. 752-6 et L. 752-9 sont désignés à raison de :

- un membre par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;
- un membre par l'Union professionnelle artisanale ;
- un membre désigné conjointement par l'Union nationale des professions libérales et la Chambre nationale des professions libérales.

Article D231-4

Les membres du conseil ou du conseil d'administration de chaque caisse nationale, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale sont nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les membres désignés des conseils ou conseils d'administration des autres caisses ainsi que des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont nommés par le préfet de la région dans laquelle l'organisme a son siège.

Sous-section 3 : Représentants du personnel.

Article D231-5

Les trois représentants du personnel dans les conseils ou conseils d'administration des organismes de sécurité sociale mentionnés aux articles L. 211-2, L. 212-2, L. 213-2, L. 215-2, L. 215-3, L. 215-7, L. 222-5, L. 223-3, L. 225-3, L. 752-6 et L. 752-9 sont élus, d'une part, par les employés et assimilés et, d'autre part, par les cadres et assimilés de chaque organisme.

Les employés et assimilés élisent deux représentants. Les cadres et assimilés élisent un représentant.

Toutefois, les trois représentants du personnel au conseil de l'organisme de sécurité sociale mentionné à l'article L. 221-3 sont élus comme suit :

Les employés et assimilés élisent un représentant. Les praticiens-conseils y compris ceux affectés aux échelons régionaux et locaux du contrôle médical élisent un représentant. Les cadres et assimilés élisent un représentant.

Article D231-6

La répartition du personnel dans les collèges électoraux fait l'objet d'un accord entre le directeur et chacune des organisations syndicales affiliées aux organisations syndicales représentatives des salariés en application de l'article L. 2121-1 du code du travail.

Dans le cas où cet accord ne peut être obtenu, le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 procède à la répartition entre les collèges électoraux.

Article D231-7

Sont électeurs [*condition d'électorat*] les salariés travaillant depuis au moins trois mois dans un organisme du régime général de sécurité sociale au jour du scrutin, âgés à cette même date de seize ans accomplis, et n'ayant encouru aucune des condamnations prévues aux articles L. 6 et L. 7 du code électoral.

Article D231-8

Sont éligibles les électeurs âgés de dix-huit ans accomplis au jour du scrutin et ayant travaillé sans interruption depuis six mois au moins dans un organisme de sécurité sociale [*condition

d'éligibilité*].

Ne peuvent être candidats les directeurs, agents de direction et agents comptables nommés dans le cadre de l'article R. 224-6 et de l'article R. 225-6 [*récusation*].

Aucun agent de direction ou agent comptable nommé ou désigné par le conseil d'administration en vertu de l'article R. 121-1 ne peut être candidat.

Article D231-9

La liste électorale est arrêtée par le directeur de chaque organisme et est affichée un mois avant le jour du scrutin [*délai*].

Article D231-10

Dans les trois jours ouvrés qui suivent l'affichage de la liste, tout électeur peut réclamer l'inscription ou la radiation d'un électeur omis ou indûment inscrit, par déclaration orale ou écrite, faite, remise ou adressée au secrétariat-greffe du tribunal d'instance du siège de l'organisme.

La déclaration indique les nom, prénoms et adresse du requérant et la qualité en laquelle il agit ainsi que l'objet du recours.

Le tribunal d'instance statue dans les huit jours sans frais ni forme de procédure sur simple avertissement donné trois jours à l'avance à toutes les parties intéressées.

La décision du tribunal d'instance est en dernier ressort. Elle peut être déférée à la Cour de cassation. Le délai du pourvoi est de dix jours. Le pourvoi est formé, instruit et jugé dans les conditions fixées par les articles 999 et 1008 du code de procédure civile.

La liste électorale ainsi rectifiée est affichée quinze jours au moins avant la date de l'élection par le directeur de l'organisme.

Article D231-11

Seules les organisations syndicales affiliées aux organisations syndicales reconnues représentatives des salariés en application de l'article L. 133-2 du code du travail peuvent présenter des candidats dans les collèges mentionnés à l'article D. 231-5.

Chaque liste comprend, au maximum, un nombre de candidats égal au double du nombre de postes de représentant du personnel à pourvoir dans le collège concerné.

Article D231-12

Les candidatures sont déposées auprès du directeur de l'organisme quinze jours au moins avant la date fixée pour les élections et sont affichées sans délai.

La déclaration de candidature est faite collectivement pour chaque liste par le candidat tête de liste ou par un mandataire muni d'une procuration écrite signée de chaque candidat figurant sur la liste.

Cette déclaration précise [*mentions obligatoires*] :

1°) le collège électoral ;

2°) le titre de la liste ;

3°) l'ordre de présentation des candidats figurant sur la liste.

A cette déclaration collective sont jointes les déclarations individuelles de chacun des candidats de la liste. Chaque déclaration individuelle est signée par le candidat.

Article D231-13

Si, après la date limite de dépôt des candidatures, un ou plusieurs candidats inscrits sur une liste sont reconnus inéligibles, la liste devenue ainsi incomplète participe néanmoins à l'élection.

L'inéligibilité de candidats n'entraîne pas l'invalidation de la liste sur laquelle ils se présentent.

Article D231-14

Les contestations relatives à la régularité des listes de candidats sont portées, dans les conditions prévues à l'article D. 231-10, devant le tribunal d'instance qui statue dans les mêmes formes et délais [*organisme compétent*].

Article D231-15

L'élection a lieu à la date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'élection se déroule au scrutin secret sous enveloppe sur le lieu et pendant le temps de travail. La participation des salariés au scrutin ne peut donner lieu à aucune diminution de rémunération. Les salariés peuvent voter par correspondance.

Article D231-16

Les bulletins et enveloppes sont établis par chaque organisation selon un modèle qui sera fixé par arrêté. Les frais d'établissement de ces documents sont à la charge dudit organisme.

L'envoi des documents de propagande aux électeurs est assuré par les organismes de sécurité sociale.

Article D231-17

Un protocole d'accord préélectoral détermine les modalités d'organisation et de déroulement des opérations électorales, notamment les conditions d'envoi par les organismes des documents de propagande et celles du vote par correspondance. Cet accord doit respecter les principes généraux du droit électoral.

Les modalités sur lesquelles aucun accord n'a pu intervenir peuvent être fixées par une décision du tribunal d'instance statuant en dernier ressort en la forme des référés.

Article D231-18

Il est constitué un bureau de vote pour chacun des collèges électoraux.

Chaque liste de candidats a le droit d'être représentée dans chaque bureau de vote par un délégué habilité à contrôler toutes les opérations de vote, de dépouillement des bulletins et de décompte des voix. Le délégué qui doit avoir la qualité d'électeur peut exiger l'inscription au procès-verbal de toutes observations, protestations ou contestations sur ces opérations, soit avant la proclamation des résultats, soit immédiatement après. Un même délégué peut être habilité à exercer ce contrôle dans plusieurs bureaux de vote.

Pour assurer pendant le vote les fonctions définies au premier alinéa du présent article, l'intéressé peut quitter son poste de travail sans perte de salaire.

Des bureaux de vote annexes peuvent être constitués. Chaque liste peut nommer un délégué pour composer ces bureaux.

Lorsque plusieurs bureaux de vote ont été constitués, l'un des bureaux déterminé par le protocole d'accord préélectoral ou, à défaut, par le directeur de l'organisme est le bureau centralisateur.

Les procès-verbaux établis dans chacun des bureaux de vote sont transmis au bureau centralisateur qui recense les résultats de l'ensemble de l'organisme.

Article D231-19

L'élection a lieu au scrutin de liste, avec représentation proportionnelle à la plus forte moyenne, sans panachage [*mode de scrutin*].

Lorsque le nom d'un candidat a été raturé, les ratures ne sont pas prises en compte si leur nombre est inférieur à 10 p. 100 des suffrages valablement exprimés en faveur de la liste sur laquelle figure ce candidat ; dans ce cas, les candidats sont proclamés élus dans l'ordre de présentation.

Article D231-20

Il est attribué à chaque liste autant de sièges que le nombre de voix recueilli par elle contient de fois le quotient électoral. Le quotient électoral est égal au nombre total des suffrages valablement exprimés par les électeurs du collège, divisé par le nombre de sièges à pourvoir.

Au cas où il n'a été pourvu à aucun siège ou s'il reste des sièges à pourvoir, les sièges restant sont attribués sur la base de la plus forte moyenne.

A cet effet, le nombre de voix obtenu par chaque liste est divisé par le nombre augmenté d'une unité des sièges attribués à la liste. Les différentes listes sont classées dans l'ordre décroissant des moyennes ainsi obtenues. Le premier siège non pourvu est attribué à la liste ayant la plus forte moyenne.

Il est procédé successivement à la même opération pour chacun des sièges non pourvus.

Dans le cas où deux listes ont la même moyenne et où il ne reste qu'un siège à pourvoir, ledit siège est attribué à la liste qui a le plus grand nombre de voix.

Si deux listes ont recueilli le même nombre de voix, le siège est attribué au plus âgé des deux candidats susceptibles d'être élus.

Article D231-21

Les contestations relatives à l' électorat, à l' éligibilité des candidats et à la régularité des opérations électorales sont portées dans un délai de cinq jours à compter de la proclamation des résultats devant le tribunal d' instance du siège de l' organisme [*compétent*] dans les formes prévues à l' article D. 231- 10.

Le tribunal d' instance statue dans les dix jours sans frais ni forme de procédure sur simple avertissement donné trois jours à l' avance à toutes les parties intéressées. La décision du juge du tribunal d' instance est en dernier ressort.

Elle peut être déférée à la Cour de cassation. Le délai du pourvoi est de dix jours. Le pourvoi est formé, instruit et jugé dans les conditions fixées par les articles 999 et 1008 du code de procédure civile.

Article D231-22

Les représentants du personnel sont élus pour la durée du mandat du conseil ou du conseil d'administration où ils siègent.

Ils peuvent être réélus.

Article D231-23

Sont démissionnaires d'office les représentants du personnel qui cessent d'appartenir à l'organisme ou au collège au sein duquel ils ont été élus.

Section 2 : Fonctionnement.

Article D231-24

Le conseil d'administration élit un président, un premier vice-président et, le cas échéant, un ou deux autres vice-présidents au scrutin secret au premier et au deuxième tour de scrutin à la majorité absolue des suffrages exprimés, exclusion faite des bulletins blancs ou nuls, au troisième tour à la majorité relative des suffrages exprimés et, en cas de partage des voix, au bénéfice de l'âge. Le nombre de vice-présidents ne doit pas excéder trois. Dans les organismes dotés d'un conseil, celui-ci élit un président et un vice-président dans les mêmes conditions.

Le président et le ou les vice-présidents sont élus pour la durée de mandat des administrateurs.

Article D231-25

L'arrêté prévu au troisième alinéa de l'article L. 231-12 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 1er : Généralités

Section 1 : Assurances sociales

Sous-section 1 : Assurances maladie, maternité, invalidité et décès.

Article D241-1

L'arrêté prévu au deuxième alinéa de l'article L. 241-2 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D241-1-1

Pour l'application des dispositions de l'article L. 241-3-1 aux salariés dont la rémunération, en application de dispositions réglementaires, conventionnelles ou du contrat de travail, n'est pas déterminée selon un nombre d'heures de travail effectuées, le nombre d'heures considéré comme correspondant à la rémunération mensuelle versée, pris en compte pour le calcul du salaire correspondant à l'activité exercée à temps plein mentionné à l'article R. 241-0-2, est égal :

1° Pour les salariés dont la durée de travail est fixée par une convention individuelle de forfait annuel en heures, à cinquante-deux douzièmes du rapport entre ce forfait et 45,7 ;

2° Pour les travailleurs à domicile mentionnés à l'article L. 721-1 du code du travail et pour les concierges et employés d'immeubles à usage d'habitation mentionnés à l'article L. 771-1 du même code, au rapport entre la rémunération mensuelle versée au cours du mois civil considéré et le taux horaire du salaire minimum de croissance ;

3° Pour les autres salariés, non mentionnés au 1° ou au 2° ci-dessus, au rapport entre la rémunération mensuelle versée au cours du mois civil considéré et le taux horaire du salaire minimum de croissance majoré de 70 %.

Pour l'application des dispositions du présent article :

a) Le salaire minimum de croissance est pris en compte pour sa valeur la plus élevée en vigueur au cours de la période d'emploi rémunérée ;

b) La rémunération mensuelle prise en compte est constituée des gains et rémunérations tels que définis à l'article L. 242-1 du présent code, versés au salarié au cours du mois civil considéré.

Sous-section 2 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage.

Article D241-2

Les arrêtés prévus au troisième alinéa de l'article L. 241-3 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Une convention conclue entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés détermine les relations financières nécessaires au versement, par la branche accidents du travail-maladies professionnelles du régime général, de la contribution mentionnée au premier alinéa de l'article L. 241-3 couvrant, sur la base des dépenses engagées, les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4, y compris celles liées au fonctionnement de la commission pluridisciplinaire chargée d'examiner les départs relevant du III de cet article.

Section 2 : Accidents du travail et maladies professionnelles

Article D241-2-1

L'arrêté prévu au troisième alinéa de l'article L. 241-5 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale [*autorité compétente*].

Article D241-2-2

Les dépenses relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles définis aux articles L. 411-1, L. 411-2 et L. 461-1 et survenus ou contractés dans le cadre des périodes d'emploi ou de formation prévues à l'article L. 3133-1 du code de la santé publique sont inscrites à un compte

spécial de l'Etat. La valeur du risque mentionnée à l'article D. 242-6-3 n'est pas inscrite au compte employeur.

L'Etat et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés peuvent conclure une convention précisant les modalités de remboursement de ces dépenses. En l'absence de convention, les dépenses sont remboursées annuellement.

Article D241-2-3

La cotisation supplémentaire mentionnée à l'article L. 452-2 n'est pas imposée lorsque la faute inexcusable de l'Etat est reconnue pour les dommages subis par le réserviste à l'occasion du service dans la réserve prévu à l'article L. 3133-1 du code de la santé publique.

Section 3 : Prestations familiales.

Article D241-3

L'arrêté prévu à l'article L. 241-6 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 4 : Dispositions communes.

Sous-section 1 : Travailleurs à domicile.

Article D241-4

L'arrêté prévu au deuxième alinéa de l'article L. 241-9 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Sous-section 2 : Services à la personne.

Article D241-5

Pour l'application de l'article L. 241-10, les conditions d'âge sont les suivantes :

-soixante-dix ans, pour les personnes mentionnées au a de cet article ; pour les couples, la condition est satisfaite dès lors que l'un de ses membres a atteint cet âge ;

-l'âge prévu par l'article L. 161-17-2, pour les personnes mentionnées au d du même article lorsqu'une condition d'âge est requise.

Le plafond de rémunération prévu au a du I de l'article L. 241-10 est fixé, par mois, à soixante-cinq fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance en vigueur au premier jour du mois considéré.

Article D241-5-1

Les personnes visées au d du I de l'article L. 241-10 sont dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie lorsqu'elles ne peuvent accomplir seules, totalement, habituellement et correctement au moins quatre des actes de la grille nationale annexée au décret n° 97-427 du 28 avril 1997 portant application de certaines dispositions de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, que ces actes se rapportent aux variables discriminantes relatives à la perte d'autonomie physique et psychique, ou aux variables illustratives relatives à la perte d'autonomie domestique et sociale.

Article D241-5-2

Les personnes visées au e du I de l'article L. 241-10 sont celles mentionnées à l'article 3 du décret n° 97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance instituée par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997.

Article D241-5-3

I. - L'exonération prévue au III de l'article L. 241-10 est applicable à l'ensemble des rémunérations au sens de l'article L. 242-1, au prorata du nombre d'heures d'aide à domicile réalisées chez les personnes mentionnées audit III au cours du mois civil auquel ces rémunérations sont afférentes.

Lorsque l'aide à domicile n'a effectué aucune heure de travail au cours du mois considéré, mais a néanmoins perçu des rémunérations au sens de l'article L. 242-1, l'exonération prévue au III de l'article L. 241-10 est applicable au prorata du nombre d'heures d'aide à domicile réalisées chez les personnes mentionnées audit III, retenu pour le mois civil précédent.

II. - Lorsque la rémunération mensuelle est fixée sur la base d'une durée du travail indépendante de l'horaire réel, l'exonération prévue au III de l'article L. 241-10 s'applique, dans les conditions prévues au I ci-dessus, à l'ensemble des rémunérations afférentes à la période annuelle ou infra-annuelle retenue pour apprécier la durée du travail moyenne.

Les employeurs doivent procéder, à l'expiration de ladite période, à une régularisation :

1° Le montant, pour chaque aide à domicile, des rémunérations effectivement exonérées est déterminé en appliquant au total des rémunérations versées le rapport entre le nombre d'heures d'aide à domicile qu'elle a réalisées chez les personnes mentionnées au III de l'article L. 241-10 au cours de la période mentionnée au premier alinéa et le total de ses heures sur cette même période ;

2° Si ce montant est inférieur à la somme des rémunérations exonérées au cours de chacun des mois, les cotisations calculées sur l'écart constaté sont versées en même temps que celles afférentes à la rémunération versée au cours du dernier mois de la période considérée ; s'il est supérieur, le trop-versé de cotisations est déduit des cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales dues au titre de ce même mois ou, le cas échéant, des mois suivants.

La régularisation mentionnée à l'alinéa ci-dessus intervient dans le délai mentionné au dernier alinéa de l'article R. 243-14 en cas de cessation d'activité ou, le cas échéant, de cession de l'organisme d'aide à domicile.

Article D241-5-4

Les rémunérations versées par les employeurs mentionnés au III de l'article L. 241-10 aux aides à domicile intervenant chez les personnes mentionnées au d du premier alinéa du I de l'article L. 241-10 sont exonérées des cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales, sous réserve que lesdites personnes aient été préalablement reconnues par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations dont relève leur domicile comme remplissant les conditions définies au d dudit I.

Article D241-5-5

Les employeurs mentionnés au III de l'article L. 241-10 doivent :

1° Adresser, lors de l'envoi du bordereau prévu au I de l'article R. 243-13 et afférent à la période au cours de laquelle ils appliquent pour la première fois l'exonération, tout document attestant qu'ils sont agréés, en application de l'article L. 129-1 du code du travail, pour exercer des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées, qu'ils sont habilités au titre de l'aide sociale ou qu'ils ont conclu une convention avec un organisme de sécurité sociale ;

2° Etre en mesure de produire auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général :

a) Pour les personnes visées aux b, c et e du I de l'article L. 241-10, les documents que ces personnes doivent produire auprès de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations de

sécurité sociale du régime général à l'appui d'une demande d'exonération en tant que particuliers employeurs d'une aide à domicile ;

b) Pour les personnes visées au d du I de l'article L. 241-10, la décision de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général prévue à l'article D. 241-5-4 ;

c) Pour les personnes bénéficiaires d'une prestation d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées servie au titre de l'aide sociale légale ou de l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale, tous documents des organismes ou collectivités territoriales compétents attestant que l'intéressé bénéficie de ces prestations ;

d) Dans tous les cas, un bordereau mensuel comportant les nom, prénom et signature des personnes recourant à l'aide à domicile, les dates et durées des interventions de l'aide à domicile, les nom, prénom et signature de celle-ci et, le cas échéant, la dénomination de l'organisme finançant les interventions ;

e) Pour chaque aide à domicile, un bordereau mensuel comportant ses nom et prénom, sa durée de travail, les nom, prénom et adresse de chacune des personnes mentionnées ci-dessus chez lesquelles elle est intervenue et le nombre d'heures afférents à chacune de ces interventions.

Article D241-5-6

Les organismes servant les prestations mentionnées aux b, c, d et e du I ou au premier alinéa du III de l'article L. 241-10 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général, sur demande de ceux-ci, les renseignements nécessaires à la vérification des informations mentionnées à l'article D. 241-5-3.

Article D241-5-7

La limite maximale de l'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale mentionnée au III bis de l'article L. 241-10 est égale au montant des cotisations patronales de sécurité sociale dues sur la part de rémunération n'excédant pas le produit du salaire minimum de croissance par le nombre d'heures rémunérées dans la limite de la durée légale du travail calculée sur le mois ou, si elle est inférieure, de la durée conventionnelle applicable dans l'établissement.

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de la rémunération mensuelle brute du salarié, le nombre d'heures rémunérées pris en compte pour le calcul de l'exonération est égal, au titre de ces périodes de suspension, au produit de la durée de travail que le salarié aurait effectuée s'il avait continué à travailler par le pourcentage de la rémunération demeuré à la charge de l'employeur et soumis à cotisations. Le nombre d'heures rémunérées ainsi déterminé ne peut excéder au titre du mois civil considéré la durée légale du travail calculée sur le mois, ou, si elle est inférieure, la durée conventionnelle applicable dans l'établissement.

Sous-section 3 : Associations intermédiaires.

Article D241-6

La durée d'activité en deçà de laquelle est accordée l'exonération mentionnée à l'article L. 241-11 est de sept cent cinquante heures par année civile ou sur une période continue d'un an.

Sous-section 4 : Allègement général des cotisations patronales.

Article D241-7

I.-Le coefficient mentionné au III de l'article L. 241-13 est déterminé par application de la formule suivante :

$$\text{Coefficient} = (0,26/0,6) \times (1,6 \times \text{SMIC calculé pour un an/ rémunération annuelle brute-1}).$$

Pour les employeurs de un à dix-neuf salariés mentionnés au quatrième alinéa du III de l'article L. 241-13, le coefficient fixé au premier alinéa est déterminé par application de la formule suivante :

$$\text{Coefficient} = (0,281/0,6) \times (1,6 \times \text{SMIC calculé pour un an/ rémunération annuelle brute-1})$$

Le résultat obtenu par application de l'une ou l'autre de ces formules est arrondi à quatre décimales, au dix millième le plus proche. Pour les entreprises de un à dix-neuf salariés, il est pris en compte pour une valeur égale à 0,2810 s'il est supérieur à 0,2810. Pour les entreprises de plus de dix-neuf salariés, il est pris en compte pour une valeur égale à 0,2600 s'il est supérieur à 0,2600.

Le montant de la rémunération annuelle brute à prendre en compte est défini selon les modalités prévues au III de l'article L. 241-13.

Sous réserve des dispositions prévues par les aliéas suivants, le montant annuel du salaire minimum de croissance à prendre en compte est égal à 1 820 fois le salaire minimum de croissance prévu par l'article L. 3231-2 du code du travail ou à la somme de douze fractions identiques correspondant à sa valeur multipliée par les 52/12 de la durée légale hebdomadaire.

Pour les salariés travaillant à temps partiel ou dont la rémunération contractuelle n'est pas fixée sur la base de la durée légale ainsi que pour les salariés n'entrant pas dans le champ d'application de l'article L. 3242-1 du code du travail, le montant du salaire minimum de croissance ainsi déterminé est corrigé à proportion de la durée de travail ou de la durée équivalente au sens de l'article L. 3121-9 du code du travail ou de l'article L. 713-5 du code rural et de la pêche maritime, hors heures supplémentaires et complémentaires au sens de l'article 81 quater du code général des impôts, inscrite à leur contrat de travail au titre de la période où ils sont présents dans l'entreprise et rapportée à celle correspondant à la durée légale du travail.

En cas de suspension du contrat de travail avec paiement intégral de la rémunération brute du salarié, la fraction du montant du salaire minimum de croissance correspondant au mois où le

contrat est suspendu est prise en compte pour sa valeur déterminée dans les conditions ci-dessus.

Pour les salariés entrant dans le champ d'application de l'article L. 3242-1 susmentionné qui ne sont pas présents toute l'année ou dont le contrat de travail est suspendu sans paiement de la rémunération ou avec paiement partiel de celle-ci, la fraction du montant du salaire minimum de croissance correspondant au mois où a lieu l'absence est corrigée selon le rapport entre la rémunération versée et celle qui aurait été versée si le salarié avait été présent tout le mois, hors éléments de rémunération qui ne sont pas affectés par l'absence. Le salaire minimum de croissance est corrigé selon les mêmes modalités pour les salariés n'entrant pas dans le champ d'application de l'article L. 3242-1 susmentionné dont le contrat de travail est suspendu avec paiement partiel de la rémunération.

Le cas échéant, le montant du salaire minimum de croissance à prendre en compte est majoré du produit du nombre d'heures supplémentaires ou complémentaires au sens de l'article 81 quater du code général des impôts rémunérées au cours de l'année par le salaire minimum de croissance prévu par l'article L. 3231-2 du code du travail.

Si un des paramètres de détermination du montant annuel du salaire minimum de croissance à prendre en compte évolue en cours d'année, sa valeur annuelle est égale à la somme des valeurs déterminées par application des règles précédentes pour les périodes antérieure et postérieure à l'évolution.

II.-Pour les salariés en contrat de travail temporaire mis à disposition au cours d'une année auprès de plusieurs entreprises utilisatrices, le coefficient mentionné au I est déterminé pour chaque mission.

Pour les salariés en contrat à durée déterminée auprès d'un même employeur, le coefficient mentionné au I est déterminé pour chaque contrat.

III.-Pour l'application du cinquième alinéa du III de l'article L. 241-13, le temps de travail effectué sur l'année auprès des membres de ces groupements qui ont un effectif de dix-neuf salariés au plus s'apprécie en fonction du rapport entre la durée du travail auprès de ces membres inscrite à leur contrat ou à leur convention de mise à disposition et la durée totale du travail effectuée sur l'année.

Article D241-8

Le montant de la réduction prévue à l'article L. 241-13 appliquée par anticipation aux cotisations dues au titre des rémunérations versées au cours d'un mois civil est égal au produit de la rémunération mensuelle par le coefficient mentionné au I de l'article D. 241-7 calculé selon les modalités prévues au même article à l'exception du montant du salaire minimum de croissance et de la rémunération qui sont pris en compte pour un mois.

Article D241-9

Les cotisations dues au titre du dernier mois ou du dernier trimestre de l'année tiennent compte, le cas échéant, de la régularisation du différentiel entre la somme des montants de la réduction mentionnée à l'article L. 241-13 appliquée par anticipation pour les mois précédents de l'année et le montant de cette réduction calculée pour l'année. En cas de cessation du contrat de travail en cours d'année, la régularisation s'opère sur les cotisations dues au titre du dernier mois ou trimestre d'emploi.

Une régularisation progressive des cotisations peut être opérée en cours d'année, d'un versement à l'autre, en faisant masse, à chaque échéance, des éléments nécessaires au calcul de la réduction sur la période écoulée depuis le premier jour de l'année ou à dater de l'embauche si elle est postérieure.

Article D241-10

Le taux mentionné au IV de l'article L. 241-13 est fixé à 10 %.

Article D241-11

Le montant total des allègements obtenu par application de la réduction mentionnée à l'article L. 241-13 est dans tous les cas limité au montant des cotisations mentionnées au I dudit article dues pour l'emploi du salarié au titre des gains et rémunérations versés au cours de l'année, majoré du taux prévu à l'article D. 241-10 pour les salariés mentionnés au IV de l'article L. 241-13.

Article D241-13

L'employeur tient à la disposition de l'inspecteur de recouvrement mentionné à l'article R. 243-59 un document justificatif du montant des réductions qu'il a appliquées. Ce document, qui peut être établi sur un support dématérialisé, est rempli par établissement et par mois civil. Il indique le nombre de salariés ouvrant droit aux réductions et déductions prévues aux articles L. 241-17 et L. 241-18, le montant total des exonérations appliquées au titre de chacune de ces dispositions ainsi que, pour chacun de ces salariés, son identité, la rémunération brute mensuelle versée, le montant de chaque réduction ou déduction appliquée et le nombre d'heures supplémentaires ou complémentaires effectuées au sens de l'article 81 quater du code général des impôts et la rémunération y afférente.

Sous-section 5 : Hôtels, cafés, restaurants.

Sous-section 6 : Arbitres et juges sportifs.

Article D241-15

En application des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 241-16, dès lors que les sommes versées aux arbitres et juges, à l'exception de celles ayant le caractère de remboursement de frais professionnels au sens du troisième alinéa de l'article L. 242-1, excèdent la limite prévue au premier alinéa de l'article L. 241-16, la fédération sportive ou la ligue professionnelle qu'elle a créée en application des dispositions de l'article L. 132-1 du code du sport remplit les obligations relatives

aux déclarations et versements des cotisations et contributions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 241-16 du présent code.

Article D241-16

Lorsque le montant total perçu par l'arbitre ou par le juge dépasse la limite prévue au premier alinéa de l'article L. 241-16, il doit sans délai en informer les fédérations ou la ligue professionnelle dont il relève, puis leur communiquer l'ensemble des sommes perçues ainsi que l'identité des organismes les ayant versées.

Article D241-17

Lorsque le dépassement est lié à des sommes qu'elle n'a pas versées, la fédération ou la ligue professionnelle qu'elle a créée peut répartir le montant des cotisations et contributions dues entre les différents organismes ayant versé ces sommes.

Elle informe alors les organismes du montant dû. Ceux-ci doivent lui verser les sommes correspondantes avant la date qu'elle fixe.

Dans le cas où ces organismes ne s'acquittent pas de leurs obligations avant la date d'exigibilité, la fédération ou la ligue professionnelle verse l'ensemble des cotisations et contributions dues. Elle peut ensuite engager une action en remboursement des sommes versées.

Article D241-18

Le versement des cotisations et contributions de sécurité sociale mentionné à l'article D. 241-15 intervient au cours du mois civil suivant le trimestre au cours duquel les rémunérations perçues au titre des missions arbitrales ont été versées et à la date d'échéance de paiement applicable à la fédération sportive ou à la ligue professionnelle.

Article D241-19

Les arbitres et juges doivent tenir à jour un document recensant l'ensemble des sommes perçues pour chaque événement au titre de leur mission arbitrale.

Ce document, établi pour une année civile, doit être conservé pendant trois ans et mis à disposition sur simple demande de la fédération ou de la ligue professionnelle qu'elle a créée afin qu'elle puisse s'assurer du non-dépassement de la limite définie au premier alinéa de l'article L. 242-1 ou renseigner les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 243-7 ou l'Agence centrale des

organismes de sécurité sociale.

Article D241-20

La fédération sportive ou la ligue professionnelle qu'elle a créée tient à disposition des agents chargés du contrôle mentionnés à l'article L. 243-7 et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la liste des arbitres et juges licenciés. A leur demande, elle leur donne également accès aux informations mentionnées à l'article D. 241-19.

Sous-section 7 : Heures supplémentaires et complémentaires.

Article D241-21

I. - Le taux de la réduction de cotisations salariales prévue au premier alinéa du I de l'article L. 241-17 est fixé à 21,5 %.

II. - Pour la limitation à hauteur des cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi dont le salarié est redevable au titre de chaque heure supplémentaire ou complémentaire, le taux effectif de la réduction mentionné au I ne peut dépasser le taux résultant du rapport entre le montant de ces contributions et cotisations mises à la charge du salarié au titre du mois au cours duquel est effectué le paiement de la durée supplémentaire travaillée et la rémunération du même mois définie à l'article L. 242-1.

Article D241-22

En cas d'application de taux réduits de cotisations, la réduction de cotisations salariales s'applique dans la limite du taux défini au II de l'article D. 241-21, calculé en tenant compte des taux minorés applicables au salarié.

Article D241-23

Lorsque les heures complémentaires effectuées de manière régulière au sens du septième alinéa de l'article L. 212-4-3 du code du travail ne sont pas intégrées à l'horaire contractuel de travail pendant la durée minimale prévue à l'article 38 septdecies de l'annexe III au code général des impôts, le reversement à l'organisme de recouvrement des montants de la réduction de cotisations salariales précédemment calculés sur la période de douze ou de quinze semaines prévue au septième alinéa de l'article L. 212-4-3 précité doit être effectué au cours du mois civil suivant cette période.

Article D241-24

I. - Le montant de la déduction forfaitaire des cotisations patronales prévue au I de l'article L. 241-18 est fixé à 0,50 euros.

II. - Dans les entreprises employant au plus vingt salariés, le montant prévu au I du présent article est majoré d'un euro.

Pour bénéficier de cette majoration, l'employeur doit s'assurer que le montant de la déduction forfaitaire des cotisations patronales et des autres aides entrant dans le champ du règlement communautaire mentionné au IV de l'article L. 241-18 n'excède pas, sur une période de trois exercices fiscaux dont l'exercice en cours, le plafond fixé par ledit règlement.

III. - La déduction forfaitaire n'est accordée que lorsque l'heure supplémentaire effectuée fait l'objet d'une rémunération au moins égale à celle d'une heure normale.

Article D241-25

Pour l'application du IV de l'article L. 241-17, l'employeur tient à disposition les informations prévues aux articles D. 212-18 à D. 212-24 du code du travail et aux articles R. 713-35 à R. 713-50 du code rural et de la pêche maritime.

Lorsque ces données ne sont pas immédiatement accessibles, l'employeur complète, au moins une fois par an pour chaque salarié, les informations fournies en application des articles susmentionnés par un récapitulatif hebdomadaire du nombre d'heures supplémentaires ou complémentaires effectuées, ou du nombre d'heures de travail lorsque le décompte des heures supplémentaires n'est pas établi par semaine, indiquant le mois au cours duquel elles sont rémunérées et distinguant les heures supplémentaires et complémentaires en fonction du taux de majoration qui leur est applicable.

Lorsque en vertu du huitième alinéa de l'article L. 212-5 du code du travail, les heures supplémentaires résultent d'une durée collective hebdomadaire de travail supérieure à la durée légale et font l'objet d'une rémunération mensualisée, l'indication de cette durée collective suffit à satisfaire à l'obligation mentionnée à l'alinéa précédent pour les seules heures supplémentaires concernées.

Les informations mentionnées aux deux premiers alinéas doivent également être tenues à disposition par les employeurs qui utilisent les dispositifs mentionnés dans la deuxième phrase du IV de l'article L. 241-17 pour bénéficier de la réduction de cotisations salariales ou de la déduction forfaitaire des cotisations patronales de sécurité sociale.

Sous-section 8 : Dispositions communes à plusieurs dispositifs.

Article D241-26

Pour l'application des articles D. 241-7 et D. 241-24, l'effectif de l'entreprise est apprécié au 31 décembre, tous établissements confondus, en fonction de la moyenne, au cours de l'année civile, des effectifs déterminés chaque mois conformément aux dispositions des articles L. 1111-2, L. 1111-3 et L. 1251-54 du code du travail.

Cet effectif détermine, selon le cas, la formule de calcul du coefficient de la réduction visée à l'article D. 241-7 et le montant de la déduction forfaitaire visée à l'article D. 241-24 applicables au titre des gains et rémunérations versés à compter du 1er janvier de l'année suivante et pour la durée de celle-ci.

Pour une entreprise créée en cours d'année, l'effectif est apprécié à la date de sa création. Au titre de l'année suivante, l'effectif de cette entreprise est apprécié dans les conditions définies aux deux alinéas précédents, en fonction de la moyenne des effectifs de chacun des mois d'existence de la première année.

Pour la détermination de la moyenne mentionnée aux premier et troisième alinéas, les mois au cours desquels aucun salarié n'est employé ne sont pas pris en compte.

Article D241-27

Pour l'application de l'article L. 241-15 aux salariés dont la rémunération ne peut être déterminée au cours du mois en fonction d'un nombre d'heures de travail rémunérées, le nombre d'heures de travail pris en compte est réputé égal :

1. Pour les salariés dont la durée du travail est fixée par une convention individuelle de forfait annuel en jours, au produit de la durée légale du travail calculée sur le mois et du rapport entre ce forfait et deux cent dix-huit jours.
2. Pour les salariés dont la durée du travail est fixée par une convention individuelle de forfait annuel en heures, à cinquante-deux douzièmes de leur durée moyenne hebdomadaire de travail.
3. Pour les autres salariés, à l'application de la durée collective du travail applicable dans l'établissement ou la partie de l'établissement où est employé le salarié calculée sur le mois lorsque la rémunération versée au cours du mois est au moins égale au produit de cette durée collective par la valeur du salaire minimum de croissance. Si leur rémunération est inférieure à cette rémunération de référence d'une activité à temps plein, le nombre d'heures déterminé comme ci-dessus est réduit selon le rapport entre la rémunération versée et cette rémunération de référence.

II. - Dans les cas prévus au I, lorsque la période d'emploi rémunérée couvre une partie du mois civil, le nombre d'heures rémunérées au cours du mois est réputé égal au produit du nombre de jours calendaires compris dans la période par un trentième du nombre d'heures reconstitué conformément aux dispositions prévues au I.

Par dérogation à l'alinéa précédent, si le contrat de travail du salarié est suspendu avec maintien total ou partiel de sa rémunération mensuelle brute, le nombre d'heures pris en compte au titre de ces périodes de suspension est égal au produit du nombre d'heures rémunérées reconstitué conformément aux dispositions du I par le pourcentage de la rémunération demeuré à la charge de l'employeur et soumise à cotisations.

Pour l'application de ces dispositions, dans le cas des salariés mentionnés au 3 du I, la rémunération à comparer à la rémunération de référence d'une activité à temps plein est celle qu'aurait perçue le salarié s'il avait effectué son activité sur la totalité du mois civil.

III. - La durée collective calculée sur le mois mentionnée au présent article est égale à cinquante-deux douzièmes de la durée hebdomadaire ou de la durée moyenne hebdomadaire en cas de modulation de la durée hebdomadaire du travail en application des articles L. 212-8 du code du travail ou L. 713-14 du code rural et de la pêche maritime ou du V de l'article 8 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail ou en cas de réduction du temps de travail en application du II de l'article L. 212-9 du même code.

Chapitre 2 : Assiette, taux et calcul des cotisations

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

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article D242-1

I.-Les contributions des employeurs au financement d'opérations de retraite mentionnées au septième alinéa de l'article L. 242-1 sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale propre à chaque assuré, pour une fraction n'excédant pas la plus élevée des deux valeurs suivantes :

- a) 5 % du montant du plafond de la sécurité sociale ;
- b) 5 % de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale en application de l'article L. 242-1, déduction faite de la part des contributions des employeurs destinées au financement de prestations complémentaires de retraite et de prévoyance soumise à cotisations de sécurité sociale, la rémunération ainsi calculée étant retenue jusqu'à concurrence de cinq fois le montant du plafond de la sécurité sociale.

Les contributions des employeurs au financement de prestations complémentaires de prévoyance mentionnées au huitième alinéa de l'article L. 242-1 sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale propre à chaque assuré, pour une fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de 6 % du montant du plafond de la sécurité sociale et de 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale en application de l'article L. 242-1, déduction faite de la part des contributions des employeurs destinées au financement de prestations complémentaires de retraite

et de prévoyance soumise à cotisations de sécurité sociale, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 12 % du montant du plafond de la sécurité sociale.

II.-Les opérations de retraite mentionnées au septième alinéa de l'article L. 242-1 sont celles organisées par des contrats d'assurance souscrits par un ou plusieurs employeurs ou par tout groupe d'employeurs auprès d'entreprises relevant du code des assurances, d'institutions de prévoyance régies par le titre III du livre IX du présent code ou d'organismes mutualistes relevant du livre II du code de la mutualité au profit d'une ou plusieurs catégories objectives de salariés. La contribution de l'employeur est fixée à un taux uniforme pour chacune de ces catégories.

Ces contrats ont pour objet l'acquisition et la jouissance de droits viagers personnels payables à l'assuré au plus tôt à compter de la date de liquidation de sa pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse ou à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1 du présent code soit par l'acquisition d'une rente viagère différée, soit par la constitution d'une épargne qui sera obligatoirement convertie en rente viagère, soit dans le cadre d'une opération régie par l'article L. 441-1 du code des assurances, par l'article L. 932-24 du présent code ou par l'article L. 222-1 du code de la mutualité.

Ces contrats peuvent prévoir des garanties complémentaires en cas de décès de l'adhérent avant ou après la date de mise en service de la rente viagère, ainsi qu'en cas d'invalidité ou d'incapacité.

Les contrats relevant du présent article ne peuvent faire l'objet de rachats même partiels, sauf dans les cas prévus aux troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 132-23 du code des assurances et de l'article L. 223-22 du code de la mutualité.

Le contrat prévoit, au bénéfice du participant qui n'est plus tenu d'y adhérer, une faculté de transfert vers un autre contrat respectant les règles définies en application du septième alinéa de l'article L. 242-1 ou vers un plan d'épargne retraite populaire défini à l'article L. 144-2 du code des assurances. La notice d'information mentionnée aux articles L. 140-4 du code des assurances, L. 221-6 du code de la mutualité et L. 932-6 du présent code précise cette faculté et en détaille les modalités d'exercice.

Entrent également dans le champ des opérations de retraite mentionnées au septième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code les régimes de retraite à prestations définies, institués avant le 1er janvier 2005 et n'entrant pas dans le champ d'application de l'article L. 137-11 du présent code, à condition qu'ils n'acceptent plus de nouveaux adhérents à compter du 30 juin 2008.

III.-Les arrêtés interministériels prévus au troisième alinéa de l'article L. 242-1 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'agriculture et par le ministre chargé du budget.

Article D242-2

L'arrêté prévu au deuxième alinéa de l'article L. 242-3 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D242-2-1

Le montant de la fraction de la gratification, mentionnée à l'article L. 242-4-1, qui n'est pas

considérée comme une rémunération au sens de l'article L. 242-1, est égal au produit de 12,5 % du plafond horaire défini en application de l'article L. 241-3 et du nombre d'heures de stage effectuées au cours du mois considéré.

Ce montant est apprécié au moment de la signature de la convention de stage compte tenu de la gratification, des avantages en nature et en espèces et du temps de présence mensuel prévu au cours du stage.

Article D242-2-2

La personne tierce mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 242-1-4 transmet à l'employeur une copie du document adressé au salarié indiquant le montant des sommes et avantages qui lui ont été alloués ainsi que celui des cotisations et contributions acquittées sur ceux-ci.

Cette transmission est effectuée au plus tard, au choix de la personne tierce, le premier jour du mois qui suit l'allocation des sommes et avantages ou le 30 juin de l'année civile qui suit celle de cette allocation.

Sous-section 2 : Dispositions propres à chaque branche

Paragraphe 1 : Assurances maladie, maternité, invalidité et décès.

Article D242-3

Le taux de la cotisation des assurances sociales affectée aux risques maladie, maternité, invalidité et décès est fixé à 13,55 %, soit 12,80 % à la charge de l'employeur et 0,75 % à la charge du salarié ou assimilé, sur la totalité des rémunérations ou gains de l'intéressé.

Toutefois, pour les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-9, le taux de la cotisation est fixé à 18,30 %, soit 12,80 % à la charge de l'employeur et 5,50 % à la charge du salarié ou assimilé.

Paragraphe 2 : Assurance vieillesse.

Article D242-4

Le taux de la cotisation des assurances vieillesse et veuvage est fixé comme indiqué dans le tableau suivant :

RÉMUNÉRATIONS VERSÉES	SUR LA PART DE LA RÉMUNÉRATION dans la limite du plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 241-3		SUR LA TOTALITÉ des rémunérations	
	Employeur	Salarié	Employeur	Salarié
Jusqu'au 31 octobre 2012	8,30 %	6,65 %	1,6 %	0,1 %
Du 1er novembre 2012 au 31 décembre 2013	8,40 %	6,75 %	1,6 %	0,1 %
Du 1er janvier au 31 décembre 2014	8,45 %	6,80 %	1,6 %	0,1 %
Du 1er janvier au 31 décembre 2015	8,50 %	6,85 %	1,6 %	0,1 %
A compter du 1er janvier 2016	8,55 %	6,90 %	1,6 %	0,1 %

Paragraphe 4 : Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Article D242-6

Le décret mentionné aux premier et quatrième alinéas de l'article L. 242-5 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

L'arrêté prévu au dernier alinéa de l'article L. 242-5 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et par le ministre chargé du budget.

Article D242-6-1

Le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est déterminé par établissement.

Toutefois, l'entreprise qui relève d'une tarification individuelle ou mixte en application de l'article D. 242-6-2 peut demander, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à bénéficier d'un taux unique pour l'ensemble de ses établissements appartenant à la même catégorie de risque. Cette option de calcul est définitive pour la catégorie de risque concernée.

Le classement d'un établissement dans une catégorie de risque est effectué en fonction de l'activité exercée selon une nomenclature des risques et des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D242-6-2

Le mode de tarification est déterminé en fonction de l'effectif global de l'entreprise, tel que défini à l'article D. 242-6-16, que celle-ci comporte un ou plusieurs établissements :

1° La tarification collective est applicable aux entreprises dont l'effectif global est de moins de 20 salariés ;

2° La tarification individuelle est applicable aux entreprises dont l'effectif global est au moins égal à 150 salariés ;

3° La tarification mixte est applicable aux entreprises dont l'effectif global est compris entre 20 et 149 salariés.

Article D242-6-3

Le taux net de cotisation est constitué par le taux brut affecté de quatre majorations, dans les conditions prévues par les articles D. 242-6-2 et D. 242-6-4 à D. 242-6-9.

Article D242-6-4

Le taux brut collectif est calculé d'après le rapport de la valeur du risque propre à l'ensemble des établissements appartenant à la même catégorie de risque ou à un même groupe de risques, à la masse totale des salaires payés au personnel respectif, pour les trois dernières années connues. Il est calculé par risque ou groupe de risques définis selon des modalités déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le taux brut individuel est calculé d'après le rapport de la valeur du risque propre à l'établissement, à la masse totale des salaires payés au personnel respectif, pour les trois dernières années connues.

Toutefois, lorsque l'entreprise bénéficie d'un taux unique prévu à l'article D. 242-6-1, le taux brut individuel est calculé d'après le rapport de la valeur du risque propre à l'ensemble de ses établissements appartenant à la même catégorie de risque, à la masse totale des salaires payés au personnel respectif, pour les trois dernières années connues.

L'ensemble des dépenses constituant la valeur du risque est pris en compte par les caisses mentionnées à l'article L. 215-1 dès que ces dépenses leur ont été communiquées par les caisses primaires, sans préjudice de l'application des décisions de justice ultérieures.

Seules sont prises en compte dans la valeur du risque les dépenses liées aux accidents et aux maladies dont le caractère professionnel a été reconnu.

Ne sont pas compris dans la valeur du risque les dépenses liées aux accidents de trajet mentionnés à l'article L. 411-2 et les frais de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 431-1.

Article D242-6-5

La valeur du risque mentionnée à l'article D. 242-6-4 pour le calcul du taux brut collectif comprend :

1° La totalité des prestations et indemnités, autres que les rentes, versées au cours de la période triennale de référence ; les indemnités en capital sont affectées d'un coefficient fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ; sont exclues les indemnités en capital versées après révision ou rechute ;

2° Les capitaux représentatifs des rentes notifiées au cours de la période triennale de référence aux victimes atteintes, à la date de consolidation initiale de leur état de santé, d'une incapacité

permanente afférente à l'accident ou à la maladie concernés, à l'exception de l'incapacité permanente reconnue après révision ou rechute ;

3° Les capitaux correspondant aux accidents et maladies mortels dont le caractère professionnel a été reconnu au cours de la même période, que la victime ait ou non laissé des ayants droit.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les bases d'évaluation forfaitaire des capitaux mentionnés aux 2° et 3°.

Les dépenses engagées par les caisses d'assurance maladie par suite de la prise en charge de maladies professionnelles constatées ou contractées dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ne sont pas comprises dans la valeur du risque mais sont inscrites à un compte spécial.

Lorsque des recours sont engagés contre les tiers responsables d'accidents du travail, le montant des prestations et indemnités afférentes à ces accidents du travail est déduit de la valeur du risque au prorata du pourcentage de responsabilité mis à la charge du tiers responsable par voie amiable ou contentieuse.

Article D242-6-6

La valeur du risque telle que mentionnée à l'article D. 242-6-4 pour le calcul du taux brut individuel comprend la somme des termes suivants :

1° Le produit du nombre total d'accidents du travail ou de maladies professionnelles déclarés pendant la période triennale de référence ayant donné lieu à des soins ou ayant entraîné un arrêt de travail par le coût moyen de la catégorie dans laquelle est rattaché chaque accident ou chaque maladie ;

2° Le produit du nombre total d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant, pendant la période triennale de référence, soit entraîné le décès de la victime, soit donné lieu à la notification d'un taux d'incapacité permanente par le coût moyen de la catégorie dans laquelle est rattaché chaque accident ou chaque maladie.

Les accidents du travail et maladies professionnelles sont classés en six catégories d'incapacité temporaire et en quatre catégories d'incapacité permanente pour lesquelles sont calculés des coûts moyens.

Les six catégories d'incapacité temporaire sont définies en fonction du nombre de jours d'arrêt de travail prescrits :

- sans arrêt de travail ou arrêt de travail de moins de 4 jours ;
- arrêts de travail de 4 jours à 15 jours ;
- arrêts de travail de 16 jours à 45 jours ;
- arrêts de travail de 46 jours à 90 jours ;
- arrêts de travail de 91 jours à 150 jours ;
- arrêts de travail de plus de 150 jours.

Les quatre catégories d'incapacité permanente sont définies en fonction du taux d'incapacité :

- incapacité permanente de moins de 10 % ;
- incapacité permanente de 10 % à 19 % ;
- incapacité permanente de 20 % à 39 % ;
- incapacité permanente de 40 % et plus ou décès de la victime.

Pour les entreprises de bâtiment et de travaux publics, les catégories d'incapacité permanente de 10 % à 100 % et celles concernant les décès sont les suivantes :

- incapacité permanente ou décès pour les activités de gros œuvre ;
- incapacité permanente ou décès pour les activités de second œuvre ;
- incapacité permanente ou décès pour les activités de bureaux.

Article D242-6-7

L'accident du travail ou la maladie professionnelle ayant donné lieu à une incapacité temporaire est classé de manière définitive dans une des catégories définies à l'article D. 242-6-6, le 31 décembre de l'année qui suit celle de sa déclaration, sans prise en compte de l'incapacité temporaire reconnue après rechute.

L'accident du travail ou la maladie professionnelle ayant donné lieu à une incapacité permanente est classé de manière définitive dans une des catégories définies à l'article D. 242-6-6 lors de la première notification du taux d'incapacité permanente ou en cas de décès lors de la reconnaissance de son caractère professionnel, sans prise en compte de l'incapacité permanente reconnue après révision ou rechute ou du décès survenu après consolidation.

L'accident du travail ou la maladie professionnelle donnant lieu à une incapacité temporaire puis à une incapacité permanente est classé dans les catégories d'incapacité temporaire et d'incapacité permanente correspondantes.

Les maladies professionnelles constatées ou contractées dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ne sont pas imputées au compte de l'employeur mais sont inscrites à un compte spécial.

L'accident du travail résultant d'une agression perpétrée au moyen d'armes ou d'explosifs n'est pas imputé au compte de l'employeur lorsque celle-ci est attribuable à un tiers qui n'a pu être identifié.

Lorsque des recours sont engagés contre les tiers responsables d'accidents du travail, les montants des coûts moyens correspondant aux catégories dans lesquelles sont classées ces accidents sont proratisés selon le pourcentage de responsabilité mis à la charge du tiers responsable par voie amiable ou contentieuse.

Article D242-6-8

Les coûts moyens de chacune des catégories d'accident du travail ou de maladie professionnelle mentionnées à l'article D. 242-6-6 sont déterminés, pour chaque comité technique national mentionné à l'article L. 422-1, sur la base des résultats statistiques des trois dernières années connues de la valeur du risque définie à l'article D. 242-6-5, à laquelle est ajouté le montant des prestations et indemnités afférentes aux accidents du travail pour lesquels ont été engagés des recours contre les tiers responsables.

Un ajustement des coûts moyens pour certains risques ou groupe de risques peut être déterminé pour tenir compte des spécificités substantielles et manifestes de certains secteurs liées à la proportion des salariés à temps partiel et à leur durée de travail. Les mesures d'ajustement sont

fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les coûts moyens sont fixés chaque année par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles après avis des comités techniques nationaux mentionnés au premier alinéa.

La délibération de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles fixant les coûts moyens est adressée au plus tard le 30 novembre au ministre chargé de la sécurité sociale qui les établit par arrêté.

Article D242-6-9

Les quatre majorations mentionnées à l'article D. 242-6-3 sont déterminées de la façon suivante :

1° Une majoration forfaitaire correspondant à la couverture des accidents du trajet est fixée en pourcentage des salaires ;

2° Une majoration couvrant les frais de rééducation professionnelle, les charges de gestion du fonds national des accidents du travail, les dépenses liées aux prélèvements au profit des fonds visés à l'article R. 252-5, 50 % du montant du versement annuel mentionné à l'article L. 176-1, est calculée en pourcentage du taux brut augmenté de la majoration visée au 1° ci-dessus ;

3° Une majoration couvrant les dépenses correspondant aux compensations inter-régimes visées aux articles L. 134-7 et L. 134-15, les dépenses du fonds commun des accidents du travail visé à l'article L. 437-1, le montant des contributions de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante mentionné à l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante mentionné à l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 et la valeur du risque constituée par les dépenses inscrites au compte spécial visé à l'article D. 242-6-5 et 50 % du montant du versement annuel mentionné à l'article L. 176-1, est fixée en pourcentage des salaires.

4° Une majoration correspondant au montant de la contribution mentionnée à l'article L. 241-3 couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 est fixée en pourcentage des salaires.

Article D242-6-10

La délibération de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles fixant les majorations mentionnées à l'article D. 242-6-9 conformément aux dispositions des quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 242-5 est approuvée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget et publiée au Journal officiel de la République française.

L'arrêté prévu au sixième alinéa de l'article L. 242-5 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Article D242-6-11

Les taux nets collectifs sont calculés suivant les règles prévues aux articles D. 242-6-1 à D. 242-6-5 et D. 242-6-9, en fonction des résultats statistiques des trois dernières années connues.

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles fixe chaque année, après avis des comités techniques nationaux compétents, les taux bruts qu'elle adresse au plus tard le 30 novembre au ministre chargé de la sécurité sociale. Celui-ci établit, par arrêté, les taux nets en fonction de ces taux bruts et des majorations telles qu'approuvées ou fixées en application de l'article D. 242-6-10.

Ces tarifs entrent en vigueur à partir du premier jour du trimestre civil suivant leur publication au Journal officiel de la République française. En cas de publication après le 31 décembre, ce sont les taux nets antérieurs qui s'appliquent jusqu'à la publication des nouveaux taux nets.

En ce qui concerne les assurés souscrivant une assurance volontaire individuelle visée à l'article L. 743-1, le taux applicable est le taux collectif défini au premier alinéa du présent article fixé pour l'activité professionnelle dudit assuré, diminué d'un pourcentage forfaitaire fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en tenant compte des résultats statistiques.

Article D242-6-12

Les taux nets individuels de cotisation sont déterminés par les caisses mentionnées à l'article L. 215-1, suivant les règles fixées aux articles D. 242-6-1 à D. 242-6-4 et D. 242-6-6 à D. 242-6-9.

Article D242-6-13

Les taux nets mixtes de cotisation sont déterminés par les caisses mentionnées à l'article L. 215-1 par l'addition des deux éléments suivants :

1° Une fraction du taux net collectif fixé pour l'activité professionnelle dont relève l'établissement ou l'ensemble des établissements appartenant à la même catégorie de risque ;

2° Une fraction du taux net individuel qui serait attribué à l'établissement ou à l'ensemble des établissements appartenant à la même catégorie de risque si ce taux leur était applicable.

Les fractions de taux varient en fonction du nombre de salariés de l'entreprise dans les proportions fixées par le tableau ci-après :

NOMBRE DE SALARIÉS de l'entreprise (1)	FRACTION du taux individuel (2)	FRACTION du taux collectif (2)
20 à 149	E-19 131	E-19 1- 131
<small>(1) L'entreprise peut comporter un ou plusieurs établissements. (2) E représente l'effectif de l'entreprise déterminé conformément aux dispositions de l'arrêté prévu à l'article D. 242-6-16.</small>		

Article D242-6-14

I. - Les établissements exerçant une activité dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale conservent un taux de cotisation collectif quel que soit leur effectif de salariés ou

celui de l'entreprise dont ils relèvent.

II. - Les travailleurs à domicile des entreprises constituent des établissements distincts auxquels sont applicables les taux collectifs.

Article D242-6-15

Pour les établissements qui cotisent sur la base d'un taux mixte ou d'un taux individuel, le taux net notifié ne peut varier d'une année sur l'autre :

1° Soit en augmentation de plus de 25 % si le taux net notifié de l'année précédente est supérieur à 4, ou de plus d'un point si le taux net notifié de l'année précédente est inférieur ou égal à 4 ;

2° Soit en diminution de plus de 20 % si le taux net notifié de l'année précédente est supérieur à 4, ou de plus de 0,8 point si le taux net notifié de l'année précédente est inférieur ou égal à 4.

Dans le cas où l'entreprise opte pour l'application d'un taux unique, ces variations s'apprécient la première année par rapport à un taux net unique correspondant à la moyenne des taux nets notifiés de ses établissements appartenant à la même catégorie de risque de l'année précédente pondérée par la masse salariale de la dernière année connue des mêmes établissements.

Article D242-6-16

Le nombre de salariés d'un établissement est déterminé par année civile selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le nombre de salariés d'une entreprise qui exploite plusieurs établissements est égal à la somme du nombre de salariés de chaque établissement, à l'exception des établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Toutefois ne doivent pas être pris en compte pour déterminer les effectifs d'un établissement ou d'une entreprise :

1° Les élèves et étudiants visés à l'article D. 242-6-23 ;

2° Les artistes du spectacle et mannequins visés à l'article L. 311-3 (15°) ;

3° Les salariés dont les activités relèvent du bâtiment et des travaux publics ;

4° Les dockers visés à l'article D. 242-6-20.

Article D242-6-17

Les taux nets collectifs sont applicables aux établissements nouvellement créés durant l'année de

leur création et les deux années civiles suivantes, quel que soit leur effectif ou celui de l'entreprise dont ils relèvent. Toutefois, le taux unique est applicable pour les établissements nouvellement créés appartenant à la même catégorie de risque que ceux des entreprises bénéficiant d'un taux unique.

A l'expiration de ce délai, les taux nets collectif, mixte ou individuel sont applicables à ces établissements en fonction de leur effectif ou de l'effectif de l'entreprise dont ils relèvent. Pour les taux individuel ou mixte, il est tenu compte des résultats propres à ces établissements et afférents aux années civiles, complètes ou non, écoulées depuis leur création.

Ne peut être considéré comme un établissement nouvellement créé celui issu d'un précédent établissement dans lequel a été exercée une activité similaire, avec les mêmes moyens de production et ayant repris au moins la moitié du personnel.

Article D242-6-18

Pour le calcul des taux nets de cotisation dus au titre des agents statutaires des industries électriques et gazières, les majorations visées aux 1° et 3° de l'article D. 242-6-9 sont prises en compte pour le quart de leur valeur.

Article D242-6-19

Pour les établissements ou groupes d'établissements qui ont été autorisés à assumer la charge partielle de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, en application de l'article L. 413-13, les taux nets de la cotisation due par les employeurs sont calculés selon les dispositions des articles D. 242-6-2 à D. 242-6-4 et D. 242-6-6 à D. 242-6-9, sous les réserves ci-après :

1° Il n'est tenu compte, pour le calcul de la valeur du risque, que des coûts moyens des catégories relevant de l'incapacité permanente définies à l'article D. 242-6-6 ;

2° La majoration prévue au 1° de l'article D. 242-6-9 est diminuée de 30 %.

Article D242-6-20

Pour les dockers maritimes intermittents soumis au régime de la vignette, les taux nets notifiés de cotisation notifiés ne peuvent dépasser une limite fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D242-6-21

Les salariés âgés d'au moins cinquante ans et de moins de cinquante-cinq ans dispensés d'activité et

maintenus aux effectifs de l'entreprise au titre d'une convention passée en application des articles L. 5112-1 et R. 5111-1 du code du travail constituent un établissement distinct. Le taux net de la cotisation due est égal au total des majorations définies à l'article D. 242-6-9, quel que soit le ou les taux applicables aux établissements de l'entreprise dont ils relèvent. Ce taux, déterminé chaque année par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, est publié au Journal officiel de la République française avec les taux des catégories de travailleurs visées au dernier alinéa de l'article D. 242-6-22.

Article D242-6-22

Les caisses mentionnées à l'article L. 215-1 notifient à chaque employeur, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le classement des risques et le ou les taux de cotisation afférents aux établissements permanents situés dans leur circonscription territoriale, quel que soit le lieu du siège de l'entreprise dont relèvent ces établissements.

Toutefois, le taux de cotisation mixte ou réel applicable à chaque établissement distinct d'une entreprise du bâtiment et des travaux publics est déterminé et notifié par la caisse d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle se trouve le siège social ou le principal siège ou, à défaut, le principal chantier sis en France, hors des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Le taux de cotisation unique applicable à l'ensemble des établissements appartenant à la même catégorie de risque de la même entreprise est également déterminé et notifié par la caisse dans la circonscription de laquelle se trouve le siège social ou, à défaut, le principal établissement sis en France, hors des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Tant que cette notification n'a pas été effectuée, l'employeur doit verser, à titre provisionnel, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sur la base du taux antérieurement applicable.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables en ce qui concerne certaines catégories de travailleurs énumérées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, pour lesquelles le taux collectif de cotisation publié est directement applicable à l'employeur.

Article D242-6-23

Par dérogation aux dispositions de l'article D. 242-6-9, le calcul des taux nets de cotisation applicables aux élèves et étudiants visés aux articles D. 412-2 à D. 412-6 est effectué en n'incorporant que la majoration mentionnée au 2° de l'article D. 242-6-9 au taux brut déterminé suivant les dispositions des articles D. 242-6-4 et D. 242-6-5.

Le taux de cotisation collectif à la charge de l'établissement est fixé par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, après avis du Comité technique national des activités de services I, pour une année civile au titre de l'année scolaire ou universitaire commencée en septembre de l'année précédente.

Elle est versée en totalité dans les quinze derniers jours du mois de mars de chaque année à l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales dont relève soit l'établissement d'enseignement, soit le rectorat pour les établissements publics. Le versement est obligatoirement accompagné d'un bordereau daté et signé faisant apparaître, notamment, le montant unitaire de la cotisation, le nombre d'élèves et étudiants assurés et le montant total du versement.

Paragraphe 5 : Prestations familiales

Article D242-7

Le taux de la cotisation d'allocations familiales due par l'employeur sur les rémunérations et gains versés aux salariés est fixé à 5,40 p. 100.

Section 2 : Cotisations assises sur les avantages de vieillesse

Sous-section 1 : Taux.

Article D242-8

Le taux de la cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès assise sur les avantages de retraite mentionnés à l'article L. 241-2, autres que ceux servis par les organismes du régime général de sécurité sociale des salariés, est fixé à 1 % pour les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article L. 136-1.

Toutefois, pour les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1 :

1° Le taux de la cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès assise sur les avantages de retraite servis par les organismes du régime général de sécurité sociale des salariés est fixé à 3,2 % ;

2° Le taux de la cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès assise sur les avantages de retraite mentionnés à l'article L. 241-2, autres que ceux servis par les organismes du régime général de sécurité sociale des salariés, est fixé à 4,2 %.

Sous-section 2 : Exonération.

Article D242-9

Bénéficient de l'exonération prévue à l'article L. 242-12 pour la période allant du 1er janvier au 31 décembre d'une année :

1°) les personnes appartenant à un foyer fiscal dont les ressources au titre de l'avant-dernière année civile précédant le début de la période de douze mois définie ci-dessus donnent lieu, en raison de leur montant, soit à exonération de l'impôt sur le revenu, soit à exemption du paiement de cet impôt en application de l'article 1657-1 bis du code général des impôts ;

2° Les personnes qui ont perçu, au cours de l'année civile antérieure au début de la période de douze mois définie ci-dessus, l'un des avantages de retraite ci-après :

a) L'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;

b) L'allocation de solidarité aux personnes âgées prévue à l'article L. 815-1.

Le bénéfice de cette exonération est étendu aux personnes qui perçoivent l'un des avantages énumérés au 2° de l'alinéa précédent, dès qu'elles sont titulaires de cet avantage.

Article D242-10

Les dispositions de l'article D. 242-9 s'appliquent aux personnes domiciliées en France métropolitaine ou dans les départements [*DOM*] mentionnés à l'article L. 751-1.

Les personnes n'ayant pas leur domicile en France métropolitaine ou dans un département mentionné à l'article L. 751-1 ne bénéficient de l'exonération que si elles ont perçu ou perçoivent l'un des avantages de retraite mentionnés au 2° du premier alinéa de l'article D. 242-9 dans les conditions prévues audit article.

Article D242-11

En vue de bénéficier pour la première fois de l'exonération des cotisations sur les avantages de retraite servis par les organismes du régime général de sécurité sociale, les personnes qui ne sont pas titulaires de l'un des avantages prévus au 2° du premier alinéa de l'article D. 242-9 doivent adresser un avis de non-imposition.

En vue de bénéficier pour la première fois de l'exonération de cotisation sur les autres avantages de retraite mentionnés à l'article L. 241-2, les pensionnés font connaître aux débiteurs de ces avantages, par un avis de non-imposition, qu'ils remplissent les conditions prévues à l'article D. 242-9.

Les bénéficiaires de l'exonération sont tenus de faire connaître aux organismes ou services dont ils perçoivent un avantage de retraite tous changements intervenus dans leurs ressources susceptibles de modifier leur situation au regard de l'exonération.

Le débiteur de l'avantage de retraite, soit de sa propre initiative, soit sur réquisition de l'organisme chargé du recouvrement, procède à toutes enquêtes ou recherches nécessaires et demande tous éclaircissements qu'il juge utiles. Les résultats de ces investigations sont communiqués aux institutions intéressées.

Section 4 : Cotisations assises sur les revenus de remplacement

Sous-section 1 : Taux.

Article D242-12

Le taux de la cotisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 131-2 est fixé à 1,70 p. 100.

Toutefois, pour les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1 :

1° Le taux de la cotisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 131-2 est fixé à 4,9 % ;

2° Les bénéficiaires des autres avantages mentionnés au premier alinéa du même article sont redevables d'une cotisation au taux de 2,80 %.

Sous-section 2 : Exonération.

Article D242-13

Bénéficient de l'exonération prévue à l'article L. 242-12 [*revenus de remplacement de l'assurance chômage*] :

1°) les personnes totalement privées d'emploi qui perçoivent soit l'un des avantages mentionnés à l'article D. 242-12, versés par les institutions prévues au livre III, titre V, chapitre 1er, section V du code du travail, soit le revenu d'activité maintenu aux titulaires de l'indemnité de formation, lorsque le montant journalier de ces avantages n'excède pas le septième du produit de la valeur horaire du salaire minimum de croissance en vigueur à la date du paiement, par le nombre d'heures correspondant à la durée légale hebdomadaire du travail ;

2°) les personnes totalement privées d'emploi qui perçoivent les avantages mentionnés à l'article D.

242-12, versés par l'employeur, lorsque le montant mensuel de ces avantages n'excède pas le douzième du produit de la valeur horaire du salaire minimum de croissance en vigueur à la date du paiement, par le nombre d'heures correspondant à cinquante-deux fois la durée légale hebdomadaire du travail ;

3°) les personnes partiellement privées d'emploi, lorsque le montant cumulé de leur rémunération d'activité et des avantages mentionnés à l'article D. 242-12 n'excède pas la valeur déterminée, selon le cas, au 1° ou 2° du présent alinéa.

Les montants maximum des rémunérations et avantages déterminés en application des dispositions du présent article sont arrondis à l'euro supérieur.

Article D242-14

La cotisation prélevée sur l'avantage indemnisant la cessation d'activité est réduite, le cas échéant, de telle sorte que soit assuré au bénéficiaire de cet avantage, un montant minimal de prestations correspondant au seuil d'exonération déterminé comme il est dit à l'article D. 242-13 ci-dessus.

En cas de cessation partielle d'activité, il doit être tenu compte, pour déterminer si le seuil d'exonération est atteint, du total constitué par l'avantage net indemnisant cette cessation et la rémunération nette d'activité.

Article D242-15

Pour l'application aux ouvriers dockers professionnels des dispositions de l'article D. 242-13 ci-dessus, la caisse des congés payés du port peut, en tant que de besoin, demander au bureau central de la main-d'oeuvre du port communication du montant des rémunérations et indemnités versées par lui aux intéressés.

Section 7 : Procédure de fixation du plafond des cotisations.

Article D242-16

En dehors du cas de sa revalorisation annuelle dans les conditions prévues par les dispositions des articles D. 242-17 à D. 242-19, le montant maximum des rémunérations ou gains à prendre en compte pour la fixation du montant des cotisations d'assurance vieillesse est fixé par décret pris après avis des organisations signataires de la convention collective nationale du 14 mars 1947.

Article D242-17

La valeur mensuelle du plafond est fixée, pour chaque année civile, à partir du plafond applicable au cours de l'année antérieure, ci-après dénommée année de référence. Elle tient compte de l'évolution moyenne estimée des salaires de cette année de référence prévue par le dernier rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la nation annexé au projet de loi de finances.

Le cas échéant, le plafond applicable au cours de l'année civile suivante tient compte de la nouvelle estimation de l'évolution moyenne des salaires de l'année de référence figurant dans le dernier rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la nation annexé au projet de loi de finances.

La valeur journalière du plafond est égale à la valeur mensuelle multipliée par 12 et divisée par le nombre de jours travaillés dans l'année fixé à l'article L. 3121-44 du code du travail.

Article D242-18

Les valeurs mensuelles et journalières du plafond fixées par l'arrêté pris pour l'application de l'article L. 241-3 sont arrondies à l'euro le plus proche.

Article D242-19

Pour les dispositions législatives et réglementaires faisant référence à une valeur du plafond différente de celles mentionnées à l'article D. 242-17, le montant du plafond est déterminé à partir de la valeur mensuelle mentionnée au même article dans les conditions suivantes :

- la valeur horaire est égale à la valeur mensuelle multipliée par 12 et divisée par le nombre d'heures annuelles de travail fixé au 1° de l'article L. 3122-4 du code du travail ;
- la valeur hebdomadaire est égale à la valeur mensuelle multipliée par 12 et divisée par 52 ;
- la valeur par quinzaine est égale à la valeur mensuelle divisée par 2 ;
- la valeur trimestrielle est égale à la valeur mensuelle multipliée par 3 ;
- la valeur annuelle est égale à la valeur mensuelle multipliée par 12.

Dans tous les cas, la valeur obtenue est arrondie à l'euro le plus proche.

Section 8 : Dispositions propres aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article D242-20

Les taux des cotisations fixés par les articles D. 242-3 à D. 242-5 et D. 242-7 sont applicables aux rémunérations ou gains versés aux salariés ou assimilés des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article D242-21

La cotisation d'assurance maladie prévue par le deuxième alinéa de l'article L. 242-13 est précomptée sur :

- les avantages de retraite mentionnés au 1° de l'article L. 241-2 ;
- les avantages de retraite des bénéficiaires du régime local d'assurance maladie mentionnés à l'article D. 711-6 donnant lieu à cotisation d'assurance maladie en application de l'article L. 711-2 (2°).

Article D242-21-1

La part de la cotisation due au titre d'un ou plusieurs avantages de vieillesse servis au titre de la législation d'un ou plusieurs autres Etats est prélevée mensuellement sur le montant de la pension acquise au titre du régime général. Son montant est calculé sur la base du montant mensuel moyen des avantages d'origine étrangère perçus au cours de l'année civile précédente.

Lorsque la cotisation excède la pension acquise au titre du régime général, l'intéressé effectue directement à la caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle un versement complémentaire de la part correspondant à la partie restant due de ladite cotisation.

Si le versement de la cotisation ou le versement complémentaire ne sont pas effectués dans un délai de deux mois à compter de la demande émise par la caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle, le droit aux prestations du régime local est suspendu. Ce droit peut être rétabli dès la mise à jour de la situation de l'ancien bénéficiaire affilié au régime ; il est alors procédé à une récupération des cotisations non honorées sur l'ensemble de la période.

Article D242-21-2

Lorsque la caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle ne dispose pas des informations permettant de déterminer l'assiette de la cotisation prévue au 2° du I de l'article L. 242-13 s'agissant des avantages de retraite servis au titre de la législation d'un ou plusieurs autres Etats, l'assuré produit, à la demande de la caisse, une déclaration des avantages et pensions de retraite perçus à l'étranger et la lui adresse en vue de réaliser le prélèvement de la cotisation.

La déclaration annuelle des avantages et pensions perçus par les retraités au titre d'un ou plusieurs autres Etats et éventuellement les pièces justificatives à l'appui de cette déclaration devront être produites avant le 1er avril de l'année qui suit celle au titre de laquelle ces avantages ont été perçus. L'organisme qui précompte ou prélève les cotisations procède à tout type de contrôle nécessaire à la détermination de l'assiette.

En l'absence de déclaration dans les délais, les cotisations pour l'année en cours sont calculées sur la base qui a servi au calcul des cotisations prélevées l'année précédente. Les prestations continuent d'être versées jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle la déclaration doit être faite. Au-delà de ce délai, si aucune déclaration n'a été transmise, le droit aux prestations du régime local est suspendu. Ce droit peut être rétabli dès la mise à jour de la situation de l'ancien bénéficiaire affilié au régime ; il est alors procédé à une récupération des cotisations non honorées, sur l'ensemble de la période.

S'il est établi que la déclaration prévue au présent article a fait l'objet d'une falsification, le droit aux prestations du régime local est immédiatement suspendu.

Article D242-22

La caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle prélève ou précompte les cotisations d'assurance maladie au titre du régime local d'assurance maladie sur les prestations vieillesse. Elle vire au compte de l'instance de gestion du régime local le montant des cotisations prélevées.

Article D242-23

Les cotisations prévues par le deuxième alinéa de l'article L. 242-13 assises sur les avantages de retraite servis par l'employeur sont versées à l'organisme de recouvrement dont relève ce dernier, conformément aux dispositions des articles R. 242-5, R. 243-6 à R. 243-8, R. 243-13, R. 243-15, R. 243-16, R. 243-18 et R. 243-19. Pour l'application de ces articles, les avantages de retraite sont assimilés à des rémunérations.

Article D242-24

Les cotisations prévues par le deuxième alinéa de l'article L. 242-13 dues sur les avantages de retraite servis pendant un mois civil par des organismes autres que ceux du régime général au titre d'une activité professionnelle relevant du régime général sont versées dans les quinze premiers jours du mois suivant [*délai*] à l'organisme chargé du recouvrement dont relève le débiteur de l'avantage de retraite. Sont applicables au recouvrement de ces cotisations les articles R. 243-30 à R. 243-34.

Article D242-25

Les cotisations prévues par le deuxième alinéa de l'article L. 242-13, dues par les bénéficiaires du régime local d'assurance maladie mentionnés à l'article D. 711-6, sont recouvrées selon les règles applicables aux cotisations d'assurance maladie dues par les intéressés au régime général en

application de l'article L. 711-2 (2°).

Article D242-26

Le produit des cotisations mentionnées aux articles D. 242-23 à D. 242-25 est centralisé par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale [*ACOSS*] qui en vire le montant au compte de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle.

Article D242-27

Le livre Ier du code de la sécurité sociale et les articles R. 243-35, R. 244-4, R. 244-5, et R. 244-6 sont applicables aux cotisations prévues par le deuxième alinéa de l'article L. 242-13.

Article D242-29

Le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles des établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle est fixé par établissement.

Toutefois, l'entreprise qui relève d'une tarification individuelle ou mixte en application de l'article D. 242-30 bénéficie d'un taux unique pour l'ensemble de ses établissements appartenant à la même catégorie de risque situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle quel que soit le lieu du siège social de l'entreprise.

Le classement d'un établissement dans une catégorie de risque est effectué en fonction de l'activité exercée selon une nomenclature des risques et des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D242-30

Le mode de tarification est déterminé en fonction de l'effectif global de l'entreprise, défini à l'article D. 242-39, que celle-ci comporte un ou plusieurs établissements :

1° La tarification collective est applicable aux entreprises dont l'effectif global est inférieur à 50 salariés ;

2° La tarification individuelle est applicable aux entreprises dont l'effectif global est au moins égal à 150 salariés. Toutefois, pour les entreprises de bâtiment et de travaux publics, cet effectif est au moins égal à 300 salariés ;

3° La tarification mixte est applicable aux entreprises dont l'effectif global est compris entre 50 et 149 salariés. Toutefois, pour les entreprises de bâtiment et de travaux publics, cet effectif est compris entre 50 et 299 salariés.

Article D242-31

Le taux net de cotisation est constitué par le taux brut affecté des majorations définies à l'article D. 242-6-9 dans les conditions prévues aux articles D. 242-30 et D. 242-32 à D. 242-34.

Article D242-32

Le taux brut collectif est calculé d'après le rapport de la valeur du risque propre à l'ensemble des établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle appartenant à une même catégorie de risque ou à un même groupe de risques, à la masse totale des salaires payés au personnel respectif, pour les trois dernières années connues. Il est fixé chaque année par risque ou groupe de risque par la caisse mentionnée à l'article L. 215-3 après avis des comités techniques régionaux compétents.

Le taux brut individuel est calculé d'après le rapport de la valeur du risque propre à l'établissement, à la masse totale des salaires payés au personnel respectif, pour les trois dernières années connues.

Pour l'entreprise qui bénéficie d'un taux unique prévu à l'article D. 242-29, le taux brut individuel est calculé d'après le rapport de la valeur du risque propre à l'ensemble de ses établissements appartenant à la même catégorie de risque, à la masse totale des salaires payés au personnel respectif, pour les trois dernières années connues.

Seules sont prises en compte dans la valeur du risque les dépenses liées aux accidents et aux maladies dont le caractère professionnel a été reconnu.

L'ensemble des dépenses constituant la valeur du risque est pris en compte par la caisse susvisée dès que ces dépenses lui ont été communiquées par les caisses primaires, sans préjudice de l'application des décisions de justice ultérieures.

Ne sont pas compris dans la valeur du risque les dépenses liées aux accidents de trajet mentionnés à l'article L. 411-2 et les frais de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 431-1.

Article D242-33

La valeur du risque mentionnée à l'article D. 242-32 pour le calcul du taux brut collectif est déterminée suivant les mêmes règles que celles définies à l'article D. 242-6-5.

Article D242-34

La valeur du risque mentionnée à l'article D. 242-32 pour le calcul du taux brut individuel est déterminée en application des articles D. 242-6-6 à D. 242-6-8.

Toutefois, par dérogation au dernier alinéa de l'article D. 242-6-6, pour les entreprises de bâtiment et de travaux publics, les accidents du travail et les maladies professionnelles sont classés dans les catégories d'incapacité permanente suivantes :

- incapacité permanente de moins de 10 % ;
- incapacité de 10 % à 19 % ;
- incapacité permanente de 20 % à 39 % ;

-incapacité permanente de 40 % et plus ou décès de la victime.

Article D242-35

Les taux nets collectifs sont calculés suivant les règles fixées aux articles D. 242-29 à D. 242-33.

Le ministre chargé de la sécurité sociale établit, par arrêté, les taux nets en fonction des taux bruts fixés en application de l'article D. 242-32 et des majorations telles qu'approuvées ou fixées en application de l'article D. 242-6-10.

Ces taux nets entrent en vigueur à partir du premier jour du trimestre civil suivant leur publication au Journal officiel de la République française. En cas de publication après le 31 décembre, ce sont les taux nets antérieurs qui s'appliquent jusqu'à la publication des nouveaux taux nets.

Pour les assurés souscrivant une assurance volontaire individuelle mentionnée à l'article L. 743-1, le taux applicable est le taux collectif défini au premier alinéa du présent article fixé pour l'activité professionnelle dudit assuré, diminué d'un pourcentage forfaitaire fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en tenant compte des résultats statistiques.

Article D242-36

Les taux nets individuels sont déterminés par la caisse mentionnée à l'article L. 215-3 pour les établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle quel que soit le lieu du siège social de l'entreprise dont relèvent éventuellement ces établissements, suivant les règles fixées aux articles D. 242-29 à D. 242-32 et D. 242-34.

Article D242-37

Les taux nets mixtes sont déterminés par la caisse mentionnée à l'article L. 215-3 pour les établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle quel que soit le lieu du siège social de l'entreprise dont relèvent éventuellement ces établissements par l'addition des deux éléments suivants :

1° Une fraction du taux net collectif fixé pour la catégorie de risque dont relève l'établissement ou l'ensemble des établissements de l'entreprise appartenant à la même catégorie de risque ;

2° Une fraction du taux net individuel qui serait attribué à l'établissement ou à l'ensemble des établissements de l'entreprise appartenant à la même catégorie de risque si ce taux leur était applicable.

Les fractions de taux collectif et individuel varient en fonction du nombre de salariés de l'entreprise dans les proportions fixées par les tableaux ci-après :

1° Entreprises dont l'activité relève d'une industrie autre que celles du bâtiment et des travaux publics :

NOMBRE DE SALARIÉS de l'entreprise (1)	FRACTION du taux individuel (2)	FRACTION du taux collectif (2)
50 à 149	0, 075 E-1, 25 10	(0, 075 E-1, 25) 1- 10
(1) L'entreprise peut comporter un ou plusieurs établissements. (2) E représente l'effectif de l'entreprise tel que défini à l'article D. 242-39.		

2° Entreprises dont l'activité relève des industries du bâtiment et des travaux publics :

NOMBRE DE SALARIÉS de l'entreprise (1)	FRACTION du taux individuel (2)	FRACTION du taux collectif (2)
50 à 299	0, 075 E + 2, 5 25	(0, 075 E + 2, 5) 1- 25
<small>(1) L'entreprise peut comporter un ou plusieurs établissements. (2) E représente l'effectif de l'entreprise tel que défini à l'article D. 242-39.</small>		

Article D242-38

Le taux net notifié collectif, mixte ou individuel ne peut varier d'une année sur l'autre :

1° Soit en augmentation, de plus de 25 % si le taux net notifié de l'année précédente est supérieur à 4, ou de plus d'un point si le taux net notifié de l'année précédente est inférieur ou égal à 4 ;

2° Soit en diminution de plus de 20 % si le taux net notifié de l'année précédente est supérieur à 4, ou de plus de 0, 8 point si le taux net notifié de l'année précédente est inférieur ou égal à 4.

Pour l'entreprise qui bénéficie d'un taux unique, ces variations s'apprécient la première année par rapport à un taux net unique correspondant à la moyenne des taux nets notifiés de ses établissements appartenant à la même catégorie de risque de l'année précédente pondérée par la masse salariale de la dernière année connue des mêmes établissements.

Article D242-39

Le nombre de salariés d'un établissement est déterminé selon les modalités fixées par l'article D. 242-6-16. Le nombre de salariés d'une entreprise qui exploite plusieurs établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle est égal à la somme du nombre de salariés de chacun de ces établissements.

Article D242-40

La caisse mentionnée à l'article L. 215-3 notifie à chaque employeur, dans les conditions fixées par l'arrêté prévu au premier alinéa de l'article D. 242-6-22, le classement des risques et le ou les taux de cotisation afférents aux établissements permanents situés dans le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et la Moselle, quel que soit le lieu du siège de l'entreprise dont relèvent ces établissements.

Tant que cette notification n'a pas été effectuée, l'employeur doit verser, à titre provisionnel, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sur la base du taux antérieurement applicable.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables à certaines catégories de travailleurs définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, pour lesquelles le taux net collectif de cotisation publié est directement applicable à l'employeur.

Article D242-41

Les règles prévues aux articles D. 242-6-14, D. 242-6-17 à D. 242-6-21 et D. 242-6-23 s'appliquent pour la détermination des taux de cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles des établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, et de la Moselle.

Chapitre 3 : Recouvrement - Sûretés - Prescription - Contrôle

Section 1 : Recouvrement

Sous-section 1 : Recouvrement des cotisations assises sur les rémunérations payées aux travailleurs salariés et assimilés.

Article D243

Pour l'application des dispositions du deuxième alinéa du I de l'article R. 243-6, le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale désigne pour chaque entreprise une union de recouvrement, dénommée "URSSAF-Interlocuteur unique", parmi la liste suivante : les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Bas-Rhin, des Bouches-du-Rhône, de la Gironde, de la Haute-Garonne, de Lille, de la Loire-Atlantique , de Paris-région parisienne et du Rhône.

La phase de consultation prévue au deuxième alinéa du I de l'article R. 243-6 s'achève dans les conditions suivantes :

1° Une proposition de rattachement à une URSSAF-Interlocuteur unique est adressée à l'entreprise, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard le 1er septembre de l'année précédant son entrée dans le dispositif. A compter de la réception de la proposition, l'entreprise dispose d'un délai de quinze jours soit pour indiquer son accord, soit pour décliner la proposition qui lui est faite. L'absence de réponse dans le délai imparti vaut accord tacite de l'entreprise.

2° En cas de désaccord de l'entreprise sur l'organisme de recouvrement proposé, le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale désigne une autre URSSAF-Interlocuteur unique.

Dans tous les cas, la notification de la décision finale du directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est faite par lettre recommandée avec avis de réception, accompagnée d'un descriptif des modalités pratiques de mise en place du dispositif.

Article D243

Pour l'application des dispositions du deuxième alinéa du I de l'article R. 243-6, le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale désigne pour chaque entreprise une union de recouvrement, dénommée "URSSAF-Interlocuteur unique", parmi la liste suivante : les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Bas-Rhin, des Bouches-du-Rhône, de la Gironde, de la Haute-Garonne, de la Loire-Atlantique , du Nord, de Paris-région parisienne et du Rhône.

La phase de consultation prévue au deuxième alinéa du I de l'article R. 243-6 s'achève dans les conditions suivantes :

1° Une proposition de rattachement à une URSSAF-Interlocuteur unique est adressée à l'entreprise, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard le 1er septembre de l'année précédant son entrée dans le dispositif. A compter de la réception de la proposition, l'entreprise dispose d'un

délai de quinze jours soit pour indiquer son accord, soit pour décliner la proposition qui lui est faite. L'absence de réponse dans le délai imparti vaut accord tacite de l'entreprise.

2° En cas de désaccord de l'entreprise sur l'organisme de recouvrement proposé, le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale désigne une autre URSSAF-Interlocuteur unique.

Dans tous les cas, la notification de la décision finale du directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est faite par lettre recommandée avec avis de réception, accompagnée d'un descriptif des modalités pratiques de mise en place du dispositif.

Article D243-0-1

Le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale désigne les organismes de recouvrement auprès desquels l'Etat verse les cotisations et contributions dues au régime général de sécurité sociale au titre de la paie avec ordonnancement préalable :

- a) Pour les services situés à l'étranger ;
- b) Pour les services situés dans les départements d'outre-mer ;
- c) Pour les autres services.

Article D243-0-2

Sur proposition du directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale faite chaque année avant le 31 mars, le ministre chargé de la sécurité sociale publie au Bulletin officiel et sur le site internet www.securite-sociale.fr, après les avoir rendues anonymes, une liste de décisions prises par les organismes de recouvrement en application de l'article L. 243-6-3 qui présentent une portée générale.

Sous-section 5 : Dispositions communes - Dispositions diverses.

Article D243-1

Dans le courant du premier trimestre de chaque année, les organismes chargés du recouvrement sont tenus de communiquer au service mentionné à l'article R. 155-1 et au trésorier-payeur général l'état des cotisations de sécurité sociale restant à recouvrer supérieures à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. Cet état est arrêté le dernier jour de l'exercice précédent. Il précise les mesures prises en vue du recouvrement ainsi que les garanties et sûretés constituées pour la conservation de ces créances.

Les organismes doivent fournir tous renseignements en leur possession sur la solvabilité du débiteur.

Article D243-2

L'admission en non-valeur des cotisations non prescrites de sécurité sociale, impôts et taxes affectés, en principal et accessoire, est prononcée par le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale chargé du recouvrement.

Elle ne peut être prononcée moins d'un an après la date d'exigibilité des cotisations non prescrites et seulement en cas d'insolvabilité du débiteur, de disparition ou de décès du débiteur ne laissant aucun actif saisissable ou de clôture des opérations de liquidation judiciaire pour insuffisance d'actif.

Pour les créances inférieures à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, l'admission en non-valeur ne peut être prononcée moins d'un an après l'envoi de la mise en demeure, dès lors que les frais de recouvrement contentieux atteignent ce montant.

Lorsque le jugement de clôture pour insuffisance d'actif n'est pas prononcé dans un délai d'un an après la date d'exigibilité de la créance, l'organisme chargé du recouvrement peut prononcer l'admission en non-valeur au vu d'une simple attestation du liquidateur d'une clôture prochaine pour insuffisance d'actif sans possibilité de distribution de dividendes, la clôture n'étant pas différée en raison de l'existence d'une procédure de répartition en cours.

Section 2 : Sûretés

Article D243-3

Le montant mentionné au premier alinéa de l'article L. 243-5 est fixé à :

- a) 10 000 € pour les créances dues, à titre personnel, par les travailleurs indépendants ;
- b) 15 000 € pour les créances dues par les employeurs occupant moins de 50 salariés ;
- c) 20 000 € pour les autres créances.

Pour la détermination du seuil applicable, l'effectif des salariés est calculé au 31 décembre de chaque année.

Section 3 : Prescription

Section 4 : Contrôle

Section 5 : Dispositions diverses

Section 6 : Délivrance d'attestations relatives aux obligations déclaratives et de paiement

Article D243-15

Lorsque le cocontractant emploie des salariés, l'attestation prévue à l'article L. 243-15 mentionne l'identification de l'entreprise, le nombre de salariés et le total des rémunérations déclarés au cours de la dernière période ayant donné lieu à la communication des informations prévue à l'article R. 243-13.

La contestation des cotisations et contributions dues devant les juridictions de l'ordre judiciaire ne fait pas obstacle à la délivrance de l'attestation. Toutefois, l'attestation ne peut pas être délivrée quand la contestation fait suite à une verbalisation pour travail dissimulé.

L'attestation est sécurisée par un dispositif d'authentification délivré par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales. Le donneur d'ordre vérifie l'exactitude des informations figurant dans l'attestation transmise par son cocontractant par voie dématérialisée ou sur demande directement auprès de cet organisme au moyen d'un numéro de sécurité.

Chapitre 5 : Ressources autres que les cotisations

Section 1 : Contribution des entreprises de préparation de médicaments.

Article D245-1

Les entreprises [*de préparation de médicaments*] mentionnées à l'article L. 245-1 s'entendent de celles qui sont titulaires d'une autorisation de mise sur le marché pour une ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux ou sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités [*définition*].

Article D245-3

L'arrêté de revalorisation est signé du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la santé.

Section 2 : Cotisation sur les boissons alcooliques.

Article D245-14

La cotisation perçue sur les boissons alcooliques bénéficie, sous réserve de la présentation d'une caution, des mêmes crédits que le droit de consommation sur les alcools.

Article D245-15

Les infractions aux dispositions des articles L. 245-7 à L. 245-12 sont recherchées, constatées et sanctionnées, les poursuites sont effectuées comme en matière de droit de consommation sur les alcools.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 5 : Régime financier

Chapitre 1er : Gestion des risques et fonds.

Article D251-1

Les gestions techniques comprennent :

- 1°) l'assurance maladie des salariés du régime général,
- 2°) l'assurance maladie du régime Alsace Moselle,
- 3°) l'assurance maladie des fonctionnaires et ouvriers de l'Etat, agents des collectivités locales, agents relevant du statut national des industries électriques et gazières,
- 4°) l'assurance maladie des étudiants,
- 5°) l'assurance maladie des invalides de guerre,
- 6°) l'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux,
- 7°) l'assurance maladie des assurés volontaires et des assurés personnels,
- 8°) l'assurance maladie des artistes auteurs,
- 9°) les accidents du travail et maladies professionnelles,
- 10°) les prestations familiales,
- 11°) l'assurance vieillesse des travailleurs salariés,

12°) l'assurance vieillesse des artistes auteurs,

13°) le recouvrement des cotisations et majorations de retard.

Article D251-2

Les gestions budgétaires [*du régime général*] comprennent :

1°) la gestion des opérations administratives,

2°) l'action sanitaire et sociale (assurance maladie),

3°) l'action sanitaire et sociale (allocations familiales),

4°) l'action sanitaire et sociale (assurance vieillesse),

5°) l'action sanitaire des caisses d'allocations familiales d'outre-mer (FASO),

6°) le contrôle médical,

7°) la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles,

8°) les oeuvres et établissements.

Section 1 : Assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles.

Article D251-3

L'arrêté prévu par l'article L. 251-1 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et par le ministre chargé du budget.

Article D251-4

Le décret prévu au deuxième alinéa de l'article L. 251-4 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article D251-5

Les pouvoirs prévus au troisième alinéa de l'article L. 251-4 sont exercés par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Section 2 : Assurance vieillesse.

Article D251-7

L'arrêté prévu par l'article L. 251-7 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Section 3 : Allocations familiales.

Article D251-8

L'arrêté prévu par l'article L. 251-8 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Chapitre 2 : Dotations - Budgets - Etats prévisionnels

Section 1 : Organismes d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles.

Article D252-1

L'arrêté interministériel prévu au premier alinéa de l'article L. 252-1 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Article D252-2

L'arrêté prévu par l'article L. 252-2 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Chapitre 3 : Gestion financière et comptable

Article D253-1

Les articles ci-après s'appliquent aux organismes de sécurité sociale suivants : caisses primaires d'assurance maladie, caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, caisses d'allocations familiales, caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg, unions de recouvrement, centres de traitement informatique intercaisses, unions et fédérations de caisses, union des caisses nationales de sécurité sociale, caisses générales de sécurité sociale.

Article D253-2

Les opérations financières et comptables des organismes visés à l'article D. 253-1 qui résultent des missions qui leur ont été confiées par les dispositions législatives et réglementaires concernent les recettes, les dépenses, la trésorerie et le patrimoine. Elles sont assurées par un directeur et un agent comptable [*autorités compétentes*].

Section 1 : Directeur et agent comptable

Sous-section 1 : Directeur

Article D253-3

Le directeur est nommé et agréé conformément aux articles R. 121-1 (5°) et R. 122-1.

Article D253-4

Le directeur exerce les fonctions d'ordonnateur. A ce titre, conformément aux dispositions de l'article R. 122-3, il engage et liquide les dépenses, constate ou liquide les créances de l'organisme sous le contrôle du conseil d'administration. Il a seul qualité pour émettre les ordres de recettes et de dépenses. Il est seul chargé des poursuites à l'encontre des débiteurs de l'organisme [*compétences*].

Article D253-5

Le directeur et le directeur adjoint et leurs conjoint, concubin ou personne avec laquelle ils ont conclu un pacte civil de solidarité ne peuvent assumer les fonctions d'agent comptable ou de délégué de l'agent comptable.

Sauf autorisation du responsable du service visé à l'article R. 155-1, les délégués du directeur ou leurs conjoint, concubin ou personne avec laquelle ils ont conclu un pacte civil de solidarité ne peuvent assumer les fonctions d'agent comptable ou de délégués de l'agent comptable.

Article D253-6

Le directeur peut, conformément aux dispositions de l'article R. 122-3, déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses pouvoirs à certains agents de l'organisme.

Il peut déléguer, à titre permanent, sa signature au directeur adjoint de la caisse ou à un ou plusieurs agents de l'organisme.

Cette délégation doit préciser, pour chaque délégué, la nature des opérations qu'il peut effectuer et leur montant maximum s'il y a lieu.

L'agent comptable est dépositaire d'un exemplaire certifié des signatures du directeur et de ses délégués.

Article D253-7

Conformément aux dispositions de l'article R. 122-3, en cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur, ses fonctions sont exercées par le directeur adjoint. Si la vacance est définitive, le conseil d'administration procède à la nomination dans les six mois au plus tard [*délai*].

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

Sous-section 2 : Agent comptable

Article D253-8

L'agent comptable est nommé et agréé conformément aux articles R. 121-1 (5°) et R. 122-1.

Paragraphe 1 : Installation et remise de service

Article D253-12

L'agent comptable ne peut exercer ses fonctions sans avoir été installé par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 ou son représentant et par le trésorier-payeur général ou son représentant, en présence du directeur de l'organisme.

Au préalable, il doit fournir en garantie de sa gestion un cautionnement dont le montant est fixé par un arrêté conjoint du ministre délégué au budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Simultanément à l'installation de l'agent comptable entrant, il est procédé à la remise de service de l'agent comptable sortant.

L'installation de l'agent comptable et la remise de service de l'agent comptable sortant donnent lieu à l'établissement d'un procès-verbal dressé contradictoirement.

L'agent comptable entrant dispose d'un délai de six mois, renouvelable une fois, pour formuler des réserves écrites, motivées de façon précise sur la gestion de son prédécesseur ; il adresse ses réserves aux autorités ayant procédé à son installation et à sa remise de service.

Paragraphe 2 : Désignation des mandataires

Article D253-13

Après avoir été installé, l'agent comptable doit, sous sa responsabilité, se faire suppléer, pour tout ou partie de ses attributions, par un ou plusieurs fondés de pouvoir agréés par le conseil d'administration, munis d'une procuration régulière. Ces procurations doivent être transmises pour information au directeur.

L'agent comptable peut également charger :

1° Des agents de l'organisme de l'exécution de certaines opérations, et notamment des vérifications.

Les délégations données aux agents de l'organisme doivent préciser, pour chaque délégué, la nature des opérations qu'il peut effectuer et leur montant maximum.

2° Un centre agréé par arrêté du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale des opérations d'encaissement de certains moyens de paiement.

Les délégations données aux responsables des centres agréés font l'objet d'une convention établie entre l'agent comptable et les centres, approuvée par le directeur de l'organisme de sécurité sociale. Une convention type définie par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget précise les conditions dans lesquelles la délégation s'exécute.

Les fondés de pouvoir et les responsables des centres agréés ayant reçu délégation de l'agent comptable sont astreints à la constitution d'un cautionnement dont le montant est fixé par un arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Paragraphe 3 : Intérim

Article D253-14

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement de l'agent comptable, ses fonctions, limitées à trois mois, sont exercées par le fondé de pouvoir conformément à l'article R. 122-4.

L'installation de l'agent comptable intérimaire s'effectue dans les conditions de l'article D. 253-12. La durée de ses fonctions est limitée à six mois renouvelable par délibération du conseil d'administration.

Section 2 : Opérations

Article D253-15

Les opérations de recettes et de dépenses donnent lieu à l'établissement d'ordres de recette et d'ordres de dépense.

Des régies de recettes et de dépenses peuvent être créées auprès des organismes de sécurité sociale visés à l'article D. 253-1 suivant les modalités fixées par une instruction particulière du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Sous-section 1 : Opérations de recette

Article D253-16

Le directeur est chargé du recouvrement des cotisations et majorations de retard conformément aux dispositions des articles L. 243-1 et R. 243-1 à R. 243-21. Il est seul chargé de la liquidation et du recouvrement contentieux des créances autres que les cotisations. Sauf en matière de cotisation, l'agent comptable est chargé du recouvrement amiable des créances.

Les ordres de recette individuels ou collectifs, établis et signés par le directeur, sont transmis, accompagnés, s'il y a lieu, des pièces justificatives, à l'agent comptable, qui les prend en charge, les date et les signe après vérification.

Les contrôles pourront être sélectifs suivant la nature de la recette.

Il est fait recette du montant intégral des produits sans contraction entre les recettes et les dépenses.

Les ordres de recette sont conservés par l'agent comptable.

Sous-section 2 : Opérations de dépenses

Article D253-20

Les frais et accessoires se rattachent au même exercice que la dépense principale.

Article D253-21

L'agent comptable peut payer sans ordonnancement préalable certaines catégories de dépenses, dont la liste est dressée par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget, sous réserve que les crédits soient disponibles.

Sous-section 3 : Opérations de trésorerie

Paragraphe 1 : Fonds et valeurs

Article D253-27

L'ensemble des fonds, valeurs, deniers et tout document justificatif des opérations financières et comptables d'un organisme est détenu en un même lieu et forme une unité de caisse.

Paragraphe 2 : Disponibilités et mouvements de fonds

Article D253-29

Un compte spécial d'exécution est ouvert d'office au nom de chaque organisme auprès des comptables du Trésor, préposés de la Caisse des dépôts et consignations.

Article D253-30

Les comptes externes de disponibilités sur lesquels les fonds de l'organisme peuvent être déposés sont :

1° Les comptes externes de disponibilités ouverts auprès de la Caisse des dépôts et consignations ou de ses préposés ;

2° Les comptes de fonds particuliers tenus par les comptables du Trésor ;

3° Les comptes de dépôts tenus par la Banque de France ou par les établissements agréés.

Les organismes de recouvrement disposent de comptes spéciaux d'encaissement qui ne peuvent servir qu'aux opérations d'encaissement de cotisations.

Les frais afférents au fonctionnement des comptes externes de disponibilités et des comptes spéciaux d'encaissement peuvent être débités d'office ; les frais relatifs aux comptes spéciaux d'encaissement ne peuvent être débités que sur les comptes externes de disponibilités.

Les frais de versement de cotisations sont à la charge de la partie versante.

Article D253-31

Les comptes de l'article D. 253-30 sont ouverts sur demande de l'agent comptable après avis du directeur de l'organisme. Le trésorier-payeur général du département est informé de l'ouverture de ces comptes.

Article D253-32

L'agent comptable doit procéder régulièrement au rapprochement de ses écritures et de celles des établissements teneurs des comptes externes de disponibilités. Les réajustements et rectifications sont effectués sous le contrôle du conseil d'administration.

Article D253-33

L'agent comptable qui fait ouvrir un compte externe de disponibilité auprès d'un établissement non agréé commet une faute professionnelle, passible de sanction disciplinaire.

Paragraphe 3 : Trésorerie

Article D253-34

Sont considérés comme opérations de trésorerie tous les mouvements de numéraire, valeurs mobilisables, comptes de dépôts et comptes courants.

Article D253-35

Les opérations de trésorerie sont effectuées par les agents comptables des organismes de sécurité sociale soit spontanément, soit à la demande du directeur de l'organisme, des représentants qualifiés de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou des autorités de tutelle, selon les modalités prévues par les textes relatifs à l'organisation financière et comptable des organismes de sécurité sociale.

Paragraphe 4 : Circuits de trésorerie

Article D253-36

Dans les conditions fixées aux articles ci-après, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale :

1° Organise les circuits d'encaissement des cotisations et contributions affectées aux caisses nationales de l'assurance maladie, des allocations familiales et d'assurance vieillesse ;

2° Reçoit des organismes chargés du recouvrement le produit desdites cotisations et les

contributions résultant des dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;

3° Assure la trésorerie des organismes de sécurité sociale, selon les échéanciers que ceux-ci lui adressent ;

4° Procède au règlement, sur instructions des caisses nationales, des créances et dettes nées entre les organismes de sécurité sociale du régime général ainsi qu'au règlement des créances et dettes réciproques de ces organismes et des organismes relevant d'autres régimes de sécurité sociale ;

5° Notifie aux trois caisses nationales le montant des recettes et des dépenses correspondant aux gestions dont elles ont la charge.

Article D253-37

Il est ouvert un compte unique de disponibilités courantes à la Caisse des dépôts et consignations au nom de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Les subdivisions de ce compte ouvertes au siège et chez les préposés de la Caisse des dépôts et consignations ne peuvent être débitrices.

Le compte unique de disponibilités courantes enregistre, en recettes :

1° Chaque jour, le versement de cotisations encaissées en numéraire ou par l'intermédiaire des comptes spéciaux ouverts conformément à l'article D. 253-30 ;

2° Les versements des cotisations obligatoirement centralisées par les comptables supérieurs du Trésor ;

3° Le montant des contributions résultant des dispositions législatives et réglementaires en vigueur versé directement sur le compte unique de l'ACOSS ouvert à la Caisse des dépôts et consignations ;

4° Les versements d'éventuels excédents de trésorerie provenant des comptes externes de disponibilités des organismes prévus à l'article D. 253-30.

Il enregistre, en dépenses, par l'intermédiaire des comptes spéciaux d'exécution :

1° Le montant des prestations réglées par les organismes ;

2° Le montant des dépenses ou restitutions dont l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou les autorités de tutelle pourront prescrire le règlement par l'intermédiaire exclusif de ce compte ;

3° Dans les limites fixées par l'article D. 253-38 ci-après, les retraits opérés par les organismes de sécurité sociale pour la réalisation des règlements autres que ceux désignés aux 1° et 2° du présent alinéa.

Article D253-38

Les dépenses des organismes de sécurité sociale, et notamment les retraits opérés sur le compte de disponibilités courantes mentionné à l'article D. 253-37, interviennent dans la limite d'un échéancier des besoins établi par chaque organisme payeur et approuvé par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions fixées par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

L'échéancier est déterminé en fonction du calendrier des sommes dues par les organismes payeurs et de leurs recettes diverses prévisibles au cours de la période considérée.

La périodicité et le mode de présentation des échéanciers sont fixés par instruction de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

L'agent comptable doit veiller à ce que les comptes externes de disponibilités soient régulièrement approvisionnés en fonction des décaissements effectifs attendus.

Article D253-39

La Caisse des dépôts et consignations et ses préposés transmettent chaque jour à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la situation des opérations effectuées sur les comptes prévus à l'article D. 253-37.

Article D253-40

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut également ouvrir des comptes externes de disponibilités auprès de la Banque de France.

Article D253-41

Pour l'exercice de sa mission, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale donne les instructions nécessaires aux organismes de recouvrement. Elle peut effectuer à cet effet des contrôles sur pièces et sur place.

Sous-section 4 : Justification des opérations - Conservation

Article D253-42

La liste des pièces justificatives des opérations techniques et budgétaires de recettes et de dépenses est dressée dans une instruction arrêtée par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Article D253-44

Pour les gestions techniques, le délai de conservation des pièces justificatives papier est le suivant :

- six mois après le délai de prescription visé par l'article L. 244-3 pour l'encaissement des cotisations et majorations de retard ;
- six mois après le délai de prescription pour les prestations visées aux articles L. 332-1 et L. 361-1. Pour les prestations accordées au titre des accidents du travail, le délai de conservation est fixé à six mois après le délai de prescription visé à l'article L. 431-2 sous réserve des dispositions relatives à la conservation de certaines pièces du dossier du bénéficiaire qui seront précisées dans une instruction particulière ;
- six mois après le délai de prescription pour les prestations familiales visées à l'article L. 553-1 et les prestations gérées pour le compte de tiers ;
- cinq ans après le décès du titulaire ou de son conjoint pour les prestations d'assurance vieillesse et invalidité.

Une instruction particulière précisera les modalités de conservation des pièces originales ainsi que la nature des supports à utiliser et notamment les microformes et l'archivage électronique, compte tenu de la nature des documents à archiver.

Les titres de propriété ne peuvent être détruits.

Article D253-45

Les délais ci-dessus visés sont prolongés lorsque les droits et obligations constatés sur les pièces justificatives sont susceptibles de faire l'objet d'une révision ou font partie d'un dossier litigieux.

Section 3 : Comptabilité

Article D253-50

La comptabilité des organismes de sécurité sociale a pour fonction :

1° De faire apparaître la situation patrimoniale de l'organisme, active et passive ;

2° De déterminer les résultats globaux de l'exercice ;

3° De dégager les résultats en fin d'exercice et de les comparer aux prévisions ;

4° De dégager éventuellement les résultats analytiques d'exploitation.

Elle retrace les opérations des gestions budgétaires, les opérations des gestions techniques, les opérations de trésorerie, les opérations faites avec les tiers ou pour le compte de tiers, les mouvements du patrimoine des organismes.

Article D253-51

La comptabilité générale est tenue selon le principe de la partie double. L'exercice comptable s'étend, sauf dérogation, du 1er janvier au 31 décembre.

Article D253-52

Le plan comptable des organismes de sécurité sociale constitue un plan particulier du plan comptable général ; il est établi par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Une instruction conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget détermine :

1° La codification des différentes gestions prévues par les articles R. 251-1, R. 251-2, R. 251-14, R. 251-24 et R. 251-32, la gestion du recouvrement des cotisations et des majorations de retard, la gestion des établissements et des oeuvres ;

2° Le cadre comptable fixant les règles générales de classement et la nomenclature des comptes à ouvrir ;

3° Les modalités de fonctionnement des comptes avec leur terminologie explicative;

4° Les normes régissant la présentation et l'établissement des comptes et des documents de synthèse ;

5° La tenue de la comptabilité matière prévue à l'article D. 253-53 ;

6° Les liaisons financières et comptables qui s'établissent entre l'organisme compétent et les organismes de l'article D. 253-1.

Article D253-53

L'agent comptable tient :

1° La comptabilité générale ;

2° Eventuellement, la comptabilité des dépenses engagées ;

3° La comptabilité auxiliaire des comptes cotisants ;

4° La comptabilité analytique d'exploitation s'il en existe une ;

5° La comptabilité de programme en tant que de besoin.

Il peut être chargé de la tenue de la comptabilité matière. Dans le cas où il n'est pas chargé de la comptabilité matière, il doit s'assurer au moins une fois par an de la concordance entre les écritures de comptabilité matière et l'inventaire annuel des stocks.

Article D253-54

L'agent comptable tient sa comptabilité à la disposition du directeur et lui fournit, sur demande, tout renseignement.

Il doit être en mesure de justifier à tout instant que sa comptabilité est équilibrée.

Section 4 : Comptes annuels

Article D253-56

Les comptes annuels comprennent :

Le bilan ;

Le compte de résultat de l'exercice ;

L'annexe.

Article D253-57

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, les comptes mentionnés à l'article R. 122-4 sont établis par l'agent comptable et arrêtés par le directeur. Ils sont ensuite présentés par le directeur et l'agent comptable au conseil d'administration ou à l'instance ou commission délibérative compétente qui les approuve sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres.

Section 5 : Contrôle de la gestion de l'agent comptable

Article D253-67

L'agent comptable est, en outre, soumis aux vérifications prévues par les lois et règlements en vigueur.

L'agent comptable qui refuse à un vérificateur dûment habilité de présenter sa comptabilité ou d'établir l'inventaire des fonds et valeurs est immédiatement suspendu dans les conditions prévues par l'article R. 123-52.

La même mesure est prise contre lui s'il est constaté une irrégularité de nature telle que sa probité puisse être mise en doute.

Article D253-68

Les fonctionnaires habilités par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget pour exercer le contrôle prévu aux articles L. 281-1 et R. 153-9 ont libre accès dans tous les services et établissements relevant des organismes de sécurité sociale. Ils doivent, lors de leurs opérations sur place et au moment même d'y procéder, en donner avis au directeur de l'organisme contrôlé ou à son représentant local.

Les organismes de sécurité sociale sont tenus de prêter leur concours à ces fonctionnaires lors de leurs missions, enquêtes ou vérifications, de fournir tous renseignements et de communiquer toutes délibérations et décisions, tous contrats, conventions et marchés, tous documents, registres, livres, justifications de recettes ou de dépenses ; ils devront présenter leur caisse, leur portefeuille, leurs valeurs de toute nature, leurs titres de propriété ou de créances.

Le droit de communication comporte le droit d'obtenir copie.

Chapitre 4 : Dispositions diverses

Article D254-1

Le remboursement des avances consenties à la gestion administrative, l'apurement des déficits antérieurs, l'amortissement des constructions, des travaux d'aménagement, du matériel, du mobilier et des frais d'établissement doivent être effectués dans les délais fixés par instructions des organismes nationaux.

Article D254-2

Les fonds mis à la disposition des sections locales, des correspondants locaux ou des correspondants d'entreprises correspondent aux besoins immédiats en trésorerie pour assurer le paiement des prestations.

Toutefois, dans des cas exceptionnels, des avances de fonds pourront être consenties. Ces avances ne peuvent dépasser le montant moyen des paiements calculés sur la base de deux jours ouvrés. Elles ne peuvent être complétées ou renouvelées qu'au fur et à mesure des justifications fournies.

Article D254-3

L'agent comptable peut, dans les conditions de l'article D. 253-31, faire ouvrir des comptes de disponibilités à ses délégués des sections locales, aux correspondants locaux ou d'entreprises, pour l'exécution, sous la signature des agents habilités à cet effet, de retraits de fonds, de paiements ou de virements.

Article D254-4

L'organisme chargé du paiement des pensions d'invalidité, des pensions de vieillesse et des allocations aux vieux travailleurs salariés remet à chaque titulaire un extrait d'inscription établissant ses droits.

L'extrait d'inscription est adressé au titulaire.

Il comporte les indications suivantes :

1. Nom, prénoms, domicile, état civil, numéro d'inscription au répertoire national d'identification

des personnes physiques ;

2. Le numéro de l'avantage servi, le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques et toutes indications utiles permettant d'identifier ledit avantage ;

3. Le montant de la pension ou allocation ;

4. La date d'entrée en jouissance.

Seront également mentionnés, s'il y a lieu, les nom, prénoms et adresse, ou toutes indications en permettant l'identification, du tuteur aux prestations sociales ou, s'il s'agit d'un incapable majeur protégé par la loi n° 68-5 du 3 janvier 1968, du représentant ayant préalablement justifié de ses pouvoirs.

Article D254-5

L'organisme chargé du paiement des pensions d'invalidité, des pensions de vieillesse et des allocations aux vieux travailleurs salariés tient un répertoire des oppositions. Il est fait mention sur ce répertoire des oppositions formulées des arrérages retenus et réglés aux créanciers.

Les sommes retenues sont virées à un compte spécial " Oppositions sur prestations ".

Les oppositions autorisées par les lois ne peuvent être notifiées valablement qu'à l'organisme chargé du paiement des arrérages.

Article D254-6

Les arrérages des pensions, rentes ou allocations afférentes à la période antérieure à la date du décès du pensionné sont payables aux ayants droit sur production du bulletin de décès et sur présentation des pièces établissant leur qualité.

Les arrérages des prestations d'invalidité, des pensions de veuf ou de veuve invalide, des rentes d'accidents du travail ainsi que les arrérages des prestations de vieillesse contributives et non contributives, et leurs majorations et accessoires sont dus jusqu'à la fin du mois d'arrérages au cours duquel le prestataire est décédé. Ils sont payables aux ayants droit dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 6 : Prévention, information et éducation sanitaires, action sanitaire et sociale

Chapitre 1er : Dispositions générales

Section 2 : Comité d'action sanitaire et sociale de la sécurité sociale.

Article D261-1

La composition du comité d'action sanitaire et sociale de la sécurité sociale prévu à l'article R. 261-2 est fixée comme suit :

1°) le directeur général de la santé ou son représentant ;

2°) le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;

3°) le directeur de l'action sociale ou son représentant ;

4°) le directeur des hôpitaux ou son représentant ;

5°) le directeur général de l'institut national de la santé et de la recherche médicale ou son représentant ;

6°) le président et le vice-président du conseil d'administration de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou leurs représentants ;

7°) le président et le vice-président du conseil d'administration de la caisse nationale des allocations familiales ou leurs représentants ;

8°) le président et le vice-président du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ou leurs représentants ;

9°) le président du conseil d'administration de la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines ou son représentant ;

10°) un représentant des régimes de retraite complémentaire désigné par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

11°) le président du haut-comité médical de la sécurité sociale ou son représentant ;

12°) le directeur de la fondation nationale de gérontologie ou son représentant ;

13°) deux membres désignés par l'union nationale des associations familiales ou leurs représentants ;

14°) le président de l'union nationale des bureaux d'aide sociale ou son représentant ;

15°) six personnalités connues pour leur compétence en matière d'action sanitaire et sociale dont au moins deux médecins, désignées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D261-2

Le comité d'action sanitaire et sociale de la sécurité sociale est présidé par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Le comité élit un vice-président parmi ses membres.

Article D261-3

Le comité se réunit sur convocation du ministre chargé de la sécurité sociale.

Il donne son avis sur les projets de programmes d'action sanitaire et sociale des différentes catégories de caisses dont il est saisi par le ministre.

Article D261-4

Le secrétariat du comité est assuré par les services de la direction de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 8 : Contrôle de l'administration - Dispositions d'application du livre 2

Chapitre 1er : Contrôle sur les organismes locaux et régionaux.

Article D281-1

Les dispositions des articles L. 151-1, L. 153-1, R. 151-1, R. 151-4, R. 151-5 et R. 153-1 sont applicables aux décisions des directeurs des organismes du régime général de sécurité sociale relatives aux conditions de travail du personnel, notamment celles ayant pour objet d'accorder des avantages individuels ou collectifs non expressément prévus par les conventions collectives ou celles qui n'ont pas été prises en compte dans le financement du budget prévisionnel de l'organisme.

Article D281-2

Les directeurs des organismes de sécurité sociale devront communiquer au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 toutes les décisions prises dans les matières mentionnées à l'article D. 281-1, conformément à la procédure et dans les délais prévus par l'article L. 151-1, R. 151-1, R. 151-2, R. 151-4 et R. 151-5.

Toutefois, la communication d'un compte rendu mensuel des mouvements d'effectifs pourra être substituée à celle des décisions prises par le directeur en matière de recrutement, d'avancement et de licenciement du personnel lorsque ces décisions porteront la mention de la disponibilité des crédits correspondants et de leur conformité aux autorisations budgétaires, dans les conditions prévues à l'article R. 253-3.

Article D281-3

Les dispositions des articles D. 281-1 et D. 281-2 sont applicables aux décisions de même nature prises :

1°) par les agents auxquels le directeur a donné délégation de pouvoir en application du huitième alinéa de l'article R. 122-3 ;

2°) par le directeur adjoint en cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur ;

3°) par l'agent chargé de l'intérim de la direction en cas d'absence, d'empêchement du directeur ou du directeur adjoint, ou à défaut du directeur adjoint ;

4°) par le médecin conseil régional concernant le personnel mis à la disposition de l'échelon régional du contrôle médical conformément aux dispositions de l'article R. 315-9.

Partie réglementaire - Décrets simples

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

Titre 1 : Généralités

Chapitre 5 : Contrôle médical.

Article D315-1

Lors de l'entretien prévu à l'article R. 315-1-2, le professionnel de santé contrôlé peut se faire assister par un membre de sa profession.

Article D315-2

Préalablement à l'entretien prévu à l'article R. 315-1-2, le service du contrôle médical communique au professionnel de santé contrôlé l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation de cet entretien, comportant notamment la liste des faits reprochés au professionnel et l'identité des patients concernés.

Cet entretien fait l'objet d'un compte-rendu qui est adressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au professionnel de santé dans un délai de quinze jours. A compter de sa réception, le professionnel de santé dispose d'un délai de quinze jours pour renvoyer ce compte-rendu signé, accompagné d'éventuelles réserves. A défaut, il est réputé approuvé.

Article D315-3

A l'expiration des délais prévus au second alinéa de l'article D. 315-2 ou, à défaut, à l'expiration du délai d'un mois mentionné à l'article R. 315-1-2, la caisse informe dans un délai de trois mois le professionnel de santé des suites qu'elle envisage de donner aux griefs initialement notifiés. A défaut, la caisse est réputée avoir renoncé à poursuivre le professionnel de santé contrôlé.

Article D315-4

Pour l'application du 1° du II de l'article L. 315-1, le délai dont dispose l'assuré pour demander à sa caisse d'assurance maladie de saisir le service du contrôle médical est fixé à dix jours francs à compter de la notification de la décision de suspension des indemnités journalières. Le délai dont dispose le service du contrôle médical pour se prononcer sur cette demande est fixé à quatre jours francs à compter de la réception de la saisine de l'assuré.

Partie réglementaire - Décrets simples

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

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 2 : Prestations en nature

Section 1 : Participation de l'assuré.

Article D322-1

La liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse susceptibles d'ouvrir droit à la suppression de la participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie, en application du 3° de l'article L. 322-3, est établie ainsi qu'il suit :

- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- bilharziose compliquée ;
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves ;
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficiencia humaine ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- maladie coronaire ;

- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- maladie de Parkinson ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- mucoviscidose ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- paraplégie ;
- vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- sclérose en plaques ;
- scoliose idiopathique structurale évolutive ;
- spondylarthrite grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active, lèpre ;
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

Article D322-1-1

I.-La suppression de la participation de l'assuré prévue au 10° de l'article L. 322-3 est accordée pour une durée initiale au plus de cinq ans, renouvelable.

II.-Les actes médicaux et examens biologiques donnant droit à la suppression de la participation de l'assuré sont prescrits par le médecin traitant sur la base, lorsqu'ils existent, des référentiels élaborés par la Haute Autorité de santé, ou élaborés conjointement par la Haute Autorité de santé et l'Institut national du cancer pour les affections cancéreuses. La mention " suivi post-ALD " doit figurer sur l'ordonnance mentionnée à l'article R. 161-45 et sur la feuille de soins mentionnée à l'article R. 161-40.

Article D322-2

Le nombre maximum de participations forfaitaires supportées en application du II de l'article L. 322-2 par le bénéficiaire des soins au cours d'une année civile est fixé à 50.

Pour l'application de l'alinéa précédent, les participations forfaitaires sont prises en compte à la date du remboursement des consultations et des actes.

Article D322-3

La caisse ne peut abandonner la mise en recouvrement de la participation forfaitaire. Toutefois, toute créance née à ce titre, non recouvrée à sa date de prescription, est annulée.

Pour l'application de l'article L. 133-3, les créances relatives à la participation forfaitaire ne sont pas cumulables avec les créances visées à l'article D. 133-2.

Article D322-4

Lorsque, pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre.

Lorsqu'un acte de prélèvement est effectué pour la réalisation d'un examen de biologie médicale, seul l'examen de biologie médicale supporte une participation forfaitaire.

Article D322-5

Le montant de la franchise prévue au III de l'article L. 322-2 est fixé ainsi qu'il suit :

- a) 0,5 euro pour les médicaments mentionnés au 1° dudit III. Ce montant s'applique par unité de conditionnement de médicament. Toutefois, lorsque le médicament est délivré au titre de l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, il s'applique par médicament prescrit ;
- b) 0,5 euro par acte effectué par un auxiliaire médical ;
- c) 2 euros par transport, ce montant s'appliquant à chaque trajet.

Pour un produit, acte ou prestation donné, le montant de la franchise prélevé en application du présent article ne peut toutefois excéder le montant de la différence entre le tarif servant de base au calcul des prestations prévues à l'article L. 321-1 et celui de la participation prévue au I de l'article L. 322-2. S'il y a lieu, le montant de la franchise est réduit à due concurrence.

Article D322-6

Le montant maximum supporté au titre de la franchise mentionnée au III de l'article L. 322-2 par le bénéficiaire des soins au cours d'une année civile est fixé à 50 euros.

Pour l'application de l'alinéa précédent, les montants de franchise sont pris en compte à la date du remboursement des prestations.

Article D322-7

Le montant maximum journalier prévu au sixième alinéa du III de l'article L. 322-2 est fixé à :

- a) 2 euros pour les actes mentionnés au 2° du III de l'article L. 322-2 ;
- b) 4 euros pour les transports mentionnés au 3° du III du même article.

Article D322-8

La franchise mentionnée au III de l'article L. 322-2 n'est pas exigée au titre des ayants droit qui n'ont pas atteint l'âge de dix-huit ans au 1er janvier de l'année civile considérée.

Article D322-9

Les dispositions de l'article D. 322-3 sont applicables à la franchise prévue au III de l'article L. 322-2.

Chapitre 3 : Prestations en espèces.

Article D323-1

Bénéficiaire de la prise en charge des indemnités journalières prévues au 5° de l'article L. 321-1 les assurés sociaux auxquels a été accordée une prise en charge pour cure thermale, après accord préalable de l'organisme d'assurance maladie dont ils relèvent, lorsque le total des ressources mensuelles de toute nature de l'assuré, de son conjoint ou de la personne vivant maritalement avec lui, de ses enfants à charge et de ses ascendants vivant au foyer de manière habituelle et se trouvant au moins en partie à la charge de l'assuré est inférieur au montant du plafond mensuel prévu par l'article L. 241-3, ce chiffre étant majoré de 50 p. 100 pour le conjoint ou la personne vivant maritalement avec l'assuré et de 50 p. 100 pour chacun de ses enfants, des ascendants et des autres ayants droit à charge au sens des dispositions des articles L. 161-14 et L. 313-3.

Article D323-2

En cas d'envoi à la caisse primaire d'assurance maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà du délai prévu à l'article R. 321-2, la caisse informe l'assuré du retard constaté et de la sanction à laquelle il s'expose en cas de nouvel envoi tardif dans les vingt-quatre mois suivant la date de prescription de l'arrêt considéré.

En cas de nouvel envoi tardif, sauf si l'assuré est hospitalisé ou s'il établit l'impossibilité d'envoyer son avis d'arrêt de travail en temps utile, le montant des indemnités journalières afférentes à la période écoulée entre la date de prescription de l'arrêt et la date d'envoi est réduit de 50 %.

Article D323-3

En cas d'interruption de travail de plus de trois mois, le médecin-conseil peut, à son initiative ou à celle du médecin traitant, saisir le médecin du travail pour avis sur la capacité de l'assuré à reprendre son travail.

Lorsqu'il saisit le médecin du travail à son initiative, le médecin-conseil en informe préalablement le médecin traitant.

Dans tous les cas, l'assuré est également informé.

Dans le cadre de ses missions, le médecin du travail, après l'examen médical de préreprise mentionné à l'article R. 241-51 du code du travail, organisé avec l'accord de l'intéressé, communique au médecin-conseil, sous vingt jours à compter de la réception de sa saisine, les éléments pertinents à prendre en compte par ce dernier dans l'exercice de ses missions, notamment celles mentionnées aux articles L. 315-1, L. 315-2, L. 323-3 et L. 341-1 du code de la sécurité sociale, afin de préparer le retour à l'emploi.

Article D323-4

Pour l'application de l'article L. 323-7, lorsqu'une interruption de travail intervient dans un délai de dix jours francs à compter d'une décision de suspension des indemnités journalières, le service de ces indemnités est subordonné à un avis du service du contrôle médical. Ce service rend son avis dans un délai de quatre jours francs à compter de la date de réception de l'avis d'arrêt de travail.

Chapitre 4 : Affections de longue durée.

Article D324-1

Le médecin atteste qu'il a pris connaissance du protocole de soins et que ses prescriptions figurant sur l'ordonnance prévue à l'article R. 161-45 sont conformes au protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1.

Chapitre 5 : Dispositions particulières aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Section 1 : Dispositions générales relatives au régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

Article D325-1

Le régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, régime obligatoire et complémentaire du régime général, assure à ses bénéficiaires des prestations légales servies en complément du régime général en application des 1°, 2° et 4° de l'article L. 321-1 pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré conformément à l'article R. 322-1. Il peut prendre en charge tout ou partie du forfait journalier institué à l'article L. 174-4.

Article D325-1-1

Les titulaires d'un avantage vieillesse remplissant les conditions fixées aux 9° et 11° de l'article L. 325-1 sont avisés par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou la caisse générale de sécurité sociale qui instruit ou liquide l'avantage vieillesse du régime général qu'ils remplissent les conditions d'ouverture de droits au régime local d'assurance maladie.

Article D325-1-2

Les titulaires d'un avantage vieillesse remplissant les conditions fixées au 10° de l'article L. 325-1 peuvent faire une demande d'affiliation au régime local d'assurance maladie dans le délai d'un an à compter de la date de l'attribution de l'avantage vieillesse.

Article D325-1-3

Les personnes mentionnées à l'article D. 325-1-2 adressent leur demande à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou à la caisse générale de sécurité sociale qui instruit ou liquide l'avantage vieillesse du régime général.

Celle-ci leur délivre un récépissé de la demande, puis la transmet à la caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle en application des dispositions prévues au troisième alinéa de l'article R. 351-34.

Article D325-1-4

Le caractère irrévocable de l'affiliation au régime local d'assurance maladie prend effet, selon le cas, à la date d'envoi du courrier ou du récépissé mentionné à l'article D. 325-1-1 ou à la date de réception de la demande par la caisse mentionnée au premier alinéa de l'article D. 325-1-3.

Article D325-2

Le régime local peut disposer, dans les conditions prévues par le code de la mutualité, des dons et legs qu'il a reçus.

Article D325-3

Le régime local est administré par un conseil d'administration comprenant :

1° Membres délibérants :

- vingt-trois représentants des assurés sociaux désignés par les unions interprofessionnelles départementales du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle des organisations syndicales nationales de salariés représentatives visées au 1° de l'article L. 221-3 ;

Les sièges des représentants des assurés sociaux sont répartis ainsi qu'il suit :

Confédération française démocratique du travail : 7 ;

Confédération générale du travail : 6 ;

Confédération générale du travail-Force ouvrière : 4 ;

Confédération française des travailleurs chrétiens : 4 ;

Confédération française de l'encadrement-CGC : 2 ;

Un nombre de suppléants égal à celui des titulaires est désigné par les mêmes organisations syndicales ;

- une personne qualifiée appartenant à une organisation de salariés désignée par le préfet de région ;

- un représentant de la mutualité désigné par la Fédération nationale de la mutualité française.

2° Membres consultatifs :

- un représentant des associations familiales désigné par l'Union nationale des associations familiales ;

- un médecin-conseil désigné par le médecin-conseil régional du régime général de sécurité sociale de la région de Strasbourg ;

- un représentant désigné par les comités départementaux des retraités et des personnes âgées du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;

- le directeur et l'agent comptable du régime local.

3° Trois représentants des employeurs désignés par les unions départementales du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle assistent également au conseil d'administration.

Le directeur et l'agent comptable du régime local assistent également aux séances du conseil d'administration et des commissions créées par celui-ci.

Le président du conseil d'administration est élu par les membres délibérant au scrutin secret aux premier et deuxième tours de scrutin, à la majorité absolue des suffrages exprimés, exclusion faite des bulletins blancs ou nuls, au troisième tour à la majorité relative des suffrages exprimés et, en cas de partage des voix, au bénéfice de l'âge. Il est élu pour la durée du mandat des administrateurs.

Les membres du conseil d'administration sont nommés par arrêté du préfet de région pour une durée de six ans renouvelable.

Section 2 : Conseil d'administration

Article D325-4

Le conseil d'administration :

1° Etablit le règlement intérieur du conseil d'administration. Le règlement intérieur est soumis pour approbation au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 ;

2° Désigne le directeur et l'agent comptable du régime local, choisis parmi les agents en activité des caisses primaires d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, de la Moselle, de la caisse de la santé au travail d'Alsace-Moselle ou de la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg, occupant respectivement des fonctions de directeur ou d'agent comptable ;

3° Peut créer une ou des commissions consultatives dont il définit la composition et les missions ;

4° Détermine la liste des prestations prises en charge par le régime ainsi que leurs taux de remboursement conformément aux dispositions prévues aux articles D. 325-6 et D. 325-7 ;

5° Fixe les taux des cotisations mentionnées aux premier et second alinéas de l'article L. 242-13 dans la limite d'une fourchette de 0,75 p. 100 à 2,5 p. 100 ;

6° Détermine la nature des avantages vieillesse et des autres revenus de remplacement à soumettre à cotisations et les exonérations accordées en cas d'insuffisance de ressources ;

7° Fixe le montant du prélèvement d'équilibre sur les cotisations à la charge des bénéficiaires du régime local, constituant les recettes du fonds de gestion administrative visé au b de l'article D. 325-10 ;

8° Arrête les comptes annuels de résultats présentés par l'agent comptable ;

9° Délibère au moins deux fois par an sur les prévisions financières du régime ;

10° Prend les mesures nécessaires pour assurer l'équilibre financier du régime dans les conditions fixées à l'article D. 325-12 ;

11° Se prononce sur le rapport annuel d'activité présenté par le directeur ainsi que sur les projets de loi et de règlement intéressant les matières de sa compétence ;

12° Fixe annuellement, pour l'application du I de l'article L. 325-2, un état prévisionnel des dépenses et des recettes du fonds de l'assurance maladie visé au a de l'article D. 325-10, d'une part, dans le cadre de l'évolution des dépenses déterminées par la loi du financement de la sécurité sociale et, d'autre part, dans les limites de l'équilibre financier du régime local défini aux articles D. 325-12 à D. 325-14.

L'état prévisionnel des dépenses à la charge du régime local est établi compte tenu :

a) Pour les dépenses hospitalières de la région Alsace et de la région Lorraine, du montant des dotations régionales de ces deux régions déterminées conformément aux dispositions de l'article L. 174-1-1 ;

b) Pour les dépenses de soins de ville de la région Alsace et de la région Lorraine, de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses soins de ville fixé par l'avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général, mentionné à l'article L. 227-1.

Si les résultats comptables du fonds de l'assurance maladie constatés à la clôture de l'exercice sont excédentaires, tout ou partie de cet excédent peut être affecté par le conseil d'administration à des actions prévues par les articles L. 162-31-1 du présent code et L. 767 du code de la santé publique, dans le cadre des prévisions de dépenses du fonds de l'assurance maladie de l'exercice suivant.

Cette disposition ne peut avoir pour résultat de déroger aux règles relatives au seuil du fonds de réserve fixé au premier alinéa de l'article D. 325-12.

Article D325-5

Les délibérations du conseil d'administration sont soumises au contrôle du responsable du service mentionné à l'article R. 155-1. Elles lui sont transmises dans les dix jours à compter du jour de la délibération.

Toute délibération contraire à la législation en vigueur et susceptible de porter atteinte à l'équilibre financier du régime local peut être annulée par l'autorité visée à l'alinéa précédent dans un délai d'un mois à compter du jour de sa réception.

Cette autorité peut, en cas d'irrégularités graves, de mauvaise gestion ou de carence du conseil d'administration, suspendre ou dissoudre le conseil et nommer un administrateur provisoire.

Section 3 : Prestations prises en charge par le régime local

Article D325-6

Le régime local peut prendre en charge, selon les taux qu'il détermine et sous réserve des dispositions de l'article D. 325-7 :

1° La participation laissée à la charge de l'assuré en application de l'article L. 322-2 ;

2° Tout ou partie du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4, pour tout ou partie du séjour hospitalier, selon des modalités qu'il détermine.

Article D325-7

I. - Sous réserve des cas où, par application de l'article L. 322-3 et du premier alinéa de l'article R. 322-2, l'assuré en est exonéré, la participation de l'assuré aux frais de soins ambulatoires mentionnés au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale et aux frais mentionnés aux articles L. 314-1 et L. 321-1 (2°) est au minimum égale à 10 p. 100.

La prise en charge par le régime local est calculée sur la base des tarifs pris en application du chapitre II du titre VI du livre Ier et des articles L. 165-2 et L. 322-5.

II. - Le conseil d'administration peut instituer une participation de l'assuré aux frais

d'hospitalisation. Cette participation est acquittée par l'assuré directement auprès de l'établissement.

III. - Le conseil d'administration peut décider que la participation minimale de l'assuré prévue au I ne s'applique pas à la prise en charge, par le régime local, des médicaments dans les cas suivants :

- a) Prise en charge des spécialités génériques mentionnées au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;
- b) Prise en charge, sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité prévu à l'article L. 162-16 du présent code, des spécialités relevant de ce tarif ;
- c) Prise en charge de la spécialité de référence si son prix public de vente est au plus égal à celui d'une des spécialités génériques correspondantes.

Le conseil d'administration ne peut pas décider que la participation minimale de l'assuré ne s'applique qu'à une partie des médicaments énumérés aux a, b et c.

Article D325-8

En cas d'hospitalisation dans un établissement public ou privé conventionné, le montant des frais d'hospitalisation à la charge du régime local est réglé directement à l'établissement de soins.

Section 4 : Dispositions relatives à la gestion du risque maladie maternité et des fonds du régime local

Article D325-9

Les opérations de recettes et de dépenses du régime local font l'objet d'une gestion distincte de celle du régime général.

Article D325-10

Le régime local d'assurance maladie comporte les fonds ci-après :

- a) Un fonds de l'assurance maladie ;

Les recettes du fonds de l'assurance maladie sont constituées par le produit des cotisations prévues à l'article L. 242-13, par les majorations de retard, par les produits des recours contre tiers exercés en

application de l'article L. 376-1 et par les revenus des disponibilités du fonds de réserve. Elles sont encaissées par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

Les dépenses du fonds sont constituées par les prestations visées à l'article D. 325-4 (4°). La liquidation des prestations servies par le régime local est assurée par les caisses primaires d'assurance maladie auxquelles sont affiliés les bénéficiaires du régime local ;

b) Un fonds de gestion administrative comportant, en dépenses, les frais de fonctionnement du régime local et alimenté, en recettes, par un prélèvement d'équilibre sur les cotisations. Ce fonds rémunère les services rendus au régime local par les organismes du régime général. Les frais de gestion sont fixés au taux de 0,50 p. 100. Ils s'appliquent aux cotisations encaissées et aux prestations versées ;

c) Un fonds de réserve.

Article D325-11

En fin d'exercice, après l'attribution des dotations prévues à l'article D. 325-10, le conseil d'administration affecte au fonds de réserve le solde disponible du fonds de l'assurance maladie.

Section 5 : Règles relatives à l'équilibre financier du régime local

Article D325-12

Lorsque au 1er octobre les prévisions financières de l'agent comptable, pour l'exercice en cours, font apparaître que le fonds de réserve est inférieur à 8 p. 100 des prestations versées l'année précédente, le conseil d'administration doit, avant le 15 décembre, prendre les mesures nécessaires au rétablissement de l'équilibre financier et à la reconstitution du fonds de réserve.

Le conseil d'administration peut :

I. - Modifier la liste des prestations prises en charge par le régime ou un ou les taux de prise en charge mentionnés à l'article D. 325-6.

II. - Fixer les taux des cotisations mentionnées à l'article L. 242-13 dans les conditions déterminées au 5° de l'article D. 325-4 et, au-delà du taux de 2,5 p. 100 prévu à cet article, proposer au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget un relèvement du ou des taux de cotisations mises à la charge des bénéficiaires du régime local en application de l'article L. 242-13.

Article D325-13

Lorsque, à la clôture des comptes, un déficit est constaté et que les mesures prises conformément aux dispositions de l'article précédent ne paraissent pas de nature à rétablir l'équilibre financier pour l'exercice suivant et à reconstituer le fonds de réserve à hauteur des 8 % des prestations versées l'année précédente, le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 saisit le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget, qui prennent au lieu et place du conseil d'administration les mesures réglementaires nécessaires.

Article D325-14

Lorsque le fonds de réserve est supérieur au seuil de 20 p. 100 des prestations versées l'année précédente, le conseil d'administration peut, pour les cotisations mentionnées à l'article L. 242-13, diminuer les taux de cotisations mentionnés à l'article L. 242-13 dans la limite du seuil de 0,75 p. 100 prévu au 5° de l'article D. 325-4. Il peut également proposer au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget une diminution du ou des taux de cotisations mises à la charge des bénéficiaires du régime local, en application de l'article L. 242-13 en deçà du seuil de 0,75 p. 100.

Article D325-15

Les règles d'organisation et de gestion des caisses d'assurance maladie du régime général sont applicables au régime local, sous réserve des dispositions particulières prévues par le présent texte.

Section 6 : Gestion financière

Article D325-16

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale verse mensuellement au régime local, sur son compte externe de disponibilités ouvert dans les conditions fixées par l'article D. 253-30 du code de la sécurité sociale, un acompte sur les cotisations encaissées par les organismes de recouvrement visés à l'article D. 325-10, calculé à partir de la prévision mensuelle établie annuellement par l'agence centrale et transmise au mois de décembre de chaque année au régime local.

Le versement de l'acompte est effectué par l'agence centrale le 15 de chaque mois ou le premier jour ouvré suivant. La régularisation intervient lors du versement de l'acompte suivant la production de l'état de ventilation mensuel des cotisations établi par l'agence centrale.

Article D325-17

Pour le paiement des prestations visées à l'article D. 325-6, le régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle met à la disposition des caisses primaires d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle les fonds correspondant aux besoins quotidiens de trésorerie.

Un échéancier mensuel prévisionnel des dépenses est établi par chaque caisse primaire visée à l'alinéa précédent et transmis au régime local.

Les caisses primaires confirment quotidiennement au régime local le montant des dépenses à effectuer pour le compte du régime local le jour ouvré suivant. Le régime local fait procéder au virement de ces montants, à partir de son compte externe de disponibilités visé au premier alinéa de l'article D. 325-16.

Article D325-18

Dans tous les départements, à l'exception de ceux visés à l'article D. 325-17, les prestations dues aux bénéficiaires du régime local sont payées par l'ensemble des caisses primaires d'assurance maladie et les caisses générales de sécurité sociale suivant les mêmes modalités que celles prévues pour les prestations du régime général.

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés transmet chaque mois au régime local un état retraçant le montant des dépenses effectuées par les organismes visés à l'alinéa précédent au titre du mois écoulé.

Le régime local procède au versement du montant des dépenses payées au plus tard le dernier jour ouvré du mois suivant le paiement des prestations par virement au compte unique de disponibilités courantes ouvert au siège de la Caisse des dépôts et consignations au nom de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'agence centrale mouvemente le compte courant maladie de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ouvert dans ses écritures pour le montant reçu du régime local.

Article D325-19

Le régime local verse le dernier jour ouvré de chaque mois, par virement au compte unique de disponibilités courantes ouvert au siège de la Caisse des dépôts et consignations au nom de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, un acompte correspondant au douzième de la dotation globale de financement des hôpitaux à la charge du régime local calculé sur la base du dernier exercice connu. L'Agence centrale mouvemente les comptes courants maladie et accidents du travail de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ouverts dans ses écritures pour le montant reçu du régime local.

La régularisation intervient lors de la fixation des montants définitifs dus par chaque régime.

Article D325-20

Le solde disponible du fonds de l'assurance maladie affecté au fonds de réserve visé à l'article D. 325-11 peut faire l'objet de placements en valeur d'Etat, en valeurs garanties par l'Etat, billets de trésorerie ou certificats de dépôts, actions des sociétés d'investissement à capital variable et parts de fonds communs de placements du titre Ier de la loi n° 79-594 du 13 juillet 1979 dont l'objet est limité à la gestion d'un portefeuille d'obligations et titres participatifs inscrits à la cote officielle d'une bourse française de valeurs ou en instance d'inscription, après visa de l'Autorité des marchés financiers et présentation d'une demande tendant à cette inscription.

Partie réglementaire - Décrets simples

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

Titre 3 : Assurance maternité

Chapitre 1er : Dispositions propres à l'assurance maternité

Section 2 : Prestations en nature.

Article D331

La période mentionnée au 1° de l'article L. 331-2 débute quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine douze jours après l'accouchement.

Section 3 : Prestations en espèces.

Article D331-1

Les sages-femmes peuvent prescrire des arrêts de travail, conformément au 4° de l'article L. 321-1, à une femme enceinte en cas de grossesse non pathologique.

Article D331-2

La durée de l'arrêt de travail prescrit en application de l'article D. 331-1 ne saurait excéder [*durée maximale*] quinze jours calendaires. La prescription d'un arrêt de travail par une sage-femme n'est pas susceptible de renouvellement ou de prolongation au-delà de ce délai.

Section 4 : Dispositions relatives à l'indemnisation du congé de paternité

Article D331-3

Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 331-8 est fixé à quatre mois à compter de la naissance de l'enfant.

Toutefois le père dont l'enfant est hospitalisé ou qui bénéficie du congé postnatal de maternité dans les conditions prévues à l'article L. 331-6 peut demander le report du délai prévu au précédent alinéa à la fin de l'hospitalisation de l'enfant ou à l'expiration de la durée de congé à laquelle il pouvait prétendre.

Article D331-4

Pour bénéficier de l'indemnité journalière prévue à l'article L. 331-8, l'assuré doit adresser à l'organisme de sécurité sociale dont il relève la ou les pièces justificatives dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et attester de la cessation de son activité professionnelle dans les mêmes conditions que celles applicables à l'indemnité prévue à l'article L. 331-3.

Partie réglementaire - Décrets simples

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

Titre 4 : Assurance invalidité

Chapitre 2 : Droits du conjoint survivant.

Article D342-1

La pension d'invalidité de veuve ou de veuf mentionnée à l'article L. 342-1 est égale à [*taux*] 54 p. 100 de la pension principale définie à l'article L. 342-3, dont bénéficiait ou eût bénéficié le défunt [*montant*].

Article D342-2

La condition d'âge prévue aux articles L. 342-5 et L. 342-6 est de 55 ans.

Article D342-3

Pour l'application des articles L. 342-1 et L. 342-6, le conjoint survivant cumule la pension d'invalidité de veuve ou de veuf ou la pension de vieillesse de veuve ou de veuf avec ses avantages personnels de vieillesse, d'invalidité ou d'accident du travail, notamment ceux qui résultent des articles L. 434-8 et L. 434-9, dans la limite de 52 % du total de ces avantages et de la pension principale dont l'assuré bénéficiait ou eût bénéficié, et qui a servi de base au calcul de l'avantage de réversion.

Toutefois, la limite prévue à l'alinéa ci-dessus ne peut être inférieure à 73 % du montant maximum de la pension de vieillesse du régime général liquidée à l'âge prévu par les 1°, 1° bis, 1° ter de l'article L. 351-8 et aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010.

L'application des limites prévues aux deux alinéas ci-dessus ne peut conduire à verser une pension d'invalidité de veuve ou de veuf, ou une pension de vieillesse de veuve ou de veuf, supérieure au montant prévu à l'article D. 342-1.

En cas de dépassement de la limite déterminée en application des alinéas précédents, la pension d'invalidité de veuve ou de veuf, ou la pension de vieillesse de veuve ou de veuf, est réduite en conséquence.

La pension ainsi réduite est majorée aux mêmes dates et selon les mêmes taux que les pensions de vieillesse du régime général.

Les opérations de comparaison prévues aux deux premiers alinéas du présent article ne sont effectuées qu'au moment de la liquidation du deuxième avantage.

Partie réglementaire - Décrets simples

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

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 1er : Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de retraite

Section 2 : Périodes d'assurance, périodes équivalentes et périodes assimilées

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article D351-1

Pour l'application de l'article L. 161-19, sont assimilées aux périodes de mobilisation ou de captivité mentionnées par cet article les périodes durant lesquelles les requérants ont été engagés volontaires en temps de guerre, combattants volontaires de la Résistance, déportés ou internés résistants ou politiques, réfractaires au service du travail obligatoire, patriotes résistant à l'occupation des départements du Rhin et de la Moselle incarcérés en camps spéciaux ou patriotes réfractaires à l'annexion de fait.

Seules les périodes accomplies postérieurement au 1er septembre 1939 peuvent, au titre de l'article L. 161-19, être assimilées à des périodes d'assurance pour l'ouverture du droit et la liquidation de la pension de vieillesse, sous réserve que les intéressés aient ensuite exercé, en premier lieu, une activité au titre de laquelle des cotisations ont été versées au régime général de sécurité sociale.

Pour bénéficier des dispositions susmentionnées, les intéressés doivent apporter la preuve qu'ils ont été mobilisés ou prisonniers de guerre ou qu'ils se sont trouvés dans l'une des situations énumérées ci-dessus, au moyen de la production des pièces prévues par l'article 3 de l'arrêté du 9 septembre 1946 ou, éventuellement, d'une attestation délivrée par le ministère ou l'office national des anciens combattants.

Article D351-1-1

L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissé, en application de l'article L. 351-1-1, pour les assurés qui justifient, dans le régime général et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, d'une durée minimale d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes au moins égale à la limite fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 majorée de huit trimestres :

I. # Pour les assurés nés avant le 1er juillet 1951 :

1° A cinquante-six ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A cinquante-huit ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article, minorée de quatre trimestres, et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

3° A cinquante-neuf ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la limite fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-sept ans.

II. # Pour les assurés nés entre le 1er juillet 1951 inclus et le 31 décembre 1951 inclus :

1° A cinquante-six ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A cinquante-huit ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article, minorée de quatre trimestres, et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

3° A cinquante-neuf ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la limite fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-sept ans.

4° A soixante ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la limite fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-huit ans.

III. # Pour les assurés nés en 1952 :

1° A cinquante-six ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A cinquante-huit ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article, minorée de quatre trimestres, et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

3° A cinquante-neuf ans et quatre mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la limite fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-sept ans.

4° A soixante ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la limite fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-huit ans.

IV. # Pour les assurés nés en 1953 :

1° A cinquante-six ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A cinquante-huit ans et quatre mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier

alinéa du présent article, minorée de quatre trimestres, et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

3° A cinquante-neuf ans et huit mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la limite fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-sept ans.

4° A soixante ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la limite fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-huit ans ;

V. # Pour les assurés nés en 1954 :

1° A cinquante-six ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A cinquante-huit ans et huit mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article, minorée de quatre trimestres, et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

3° A soixante ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la limite fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-huit ans ;

VI. # Pour les assurés nés en 1955 :

1° A cinquante-six ans et quatre mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A cinquante-neuf ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article, minorée de quatre trimestres, et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

3° A soixante ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la limite fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-huit ans ;

VII. # Pour les assurés nés en 1956 :

1° A cinquante-six ans et huit mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A cinquante-neuf ans et quatre mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article, minorée de quatre trimestres, et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

3° A soixante ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la limite fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-huit ans ;

VIII. # Pour les assurés nés en 1957 :

1° A cinquante-sept ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A cinquante-neuf ans et huit mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article, minorée de quatre trimestres, et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

3° A soixante ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la limite fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1

et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-huit ans ;

IX. # Pour les assurés nés en 1958 :

1° A cinquante-sept ans et quatre mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A soixante ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la limite fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-huit ans ;

X. # Pour les assurés nés en 1959 :

1° A cinquante-sept ans et huit mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A soixante ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la limite fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-huit ans ;

XI. # Pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1960 :

1° A cinquante-huit ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée minimale mentionnée au premier alinéa du présent article et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A soixante ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la limite fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-huit ans

Article D351-1-2

Pour l'appréciation de la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré visée à l'article D. 351-1-1, sont réputées avoir donné lieu à cotisations :

1° Les périodes de service national, à raison d'un trimestre par période d'au moins quatre-vingt-dix jours, consécutifs ou non ;

2° Les périodes comptées comme périodes d'assurance en application des 1°, 2° et 5° au titre de l'incapacité temporaire de l'article R. 351-12 ;

Lorsque la période mentionnée au 1° du présent article couvre deux années civiles, elle peut être affectée à l'une ou l'autre de ces années, la solution la plus favorable étant retenue.

Les périodes mentionnées au 1° et au 2° du présent article sont retenues respectivement dans la limite de quatre trimestres et sans que le nombre de trimestres ayant donné lieu à cotisations ou réputés tels puisse excéder quatre pour une même année civile.

Article D351-1-3

Pour l'application de la condition de début d'activité mentionnée à l'article D. 351-1-1, sont

considérés comme ayant débuté leur activité avant l'âge de seize, dix-sept, ou dix-huit ans les assurés justifiant :

1° D'une durée d'assurance d'au moins cinq trimestres à la fin de l'année au cours de laquelle est survenu, respectivement, leur seizième, dix-septième ou dix-huitième anniversaire ;

2° S'ils sont nés au cours du quatrième trimestre et ne justifient pas de la durée d'assurance prévue au 1° du présent article, d'une durée d'assurance d'au moins quatre trimestres au titre de l'année au cours de laquelle est survenu, respectivement, leur seizième, dix-septième ou dix-huitième anniversaire.

Article D351-1-4

La majoration prévue à l'article L. 351-1-2 pour la période d'assurance accomplie après l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 et au-delà de la durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 est égale, pour chaque trimestre accompli à compter du 1er janvier 2004 et avant le 1er janvier 2009, à :

1° 0,75 % du premier au quatrième trimestre ;

2° 1 % au-delà du quatrième trimestre ;

3° ou, quel que soit son rang, 1,25 % pour chaque trimestre accompli après le soixante-cinquième anniversaire de l'assuré.

La majoration est égale à 1,25 % pour chaque trimestre accompli à compter du 1er janvier 2009.

Pour l'application du présent article, il est retenu au titre de l'année au cours de laquelle l'assuré a atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 ou soixante-cinq ans un nombre de trimestres égal au nombre de trimestres civils entiers suivant celui au cours duquel cet âge a été atteint.

La durée d'assurance prise en compte au-delà de la limite mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 ne peut excéder quatre trimestres par année.

La majoration prévue au présent article est calculée avant la majoration prévue à l'article L. 351-12.

Article D351-1-5

I.-L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissé, en application de l'article L. 351-1-3 :

1.A cinquante-cinq ans pour les assurés handicapés qui ont accompli dans le régime général, et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente au moins égale à celle prévue à l'article D. 351-1-6 ou avaient été reconnus travailleurs handicapés au sens de l'article L. 5213-2 du code du travail, une durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes au moins égale à la limite fixée en vertu du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 diminuée de 40 trimestres et une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à cette même limite diminuée de 60 trimestres ;

2.A cinquante-six ans pour ceux qui ont accompli, dans les conditions prévues au 1°, une durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes au moins égale à la limite fixée en vertu du

deuxième alinéa de l'article L. 351-1 diminuée de 50 trimestres et une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à cette même limite diminuée de 70 trimestres ;

3.A cinquante-sept ans pour ceux qui ont accompli, dans les conditions prévues au 1°, une durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes au moins égale à la limite fixée en vertu du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 diminuée de 60 trimestres et une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à cette même limite diminuée de 80 trimestres ;

4.A cinquante-huit ans pour ceux qui ont accompli, dans les conditions prévues au 1°, une durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes au moins égale à la limite fixée en vertu du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 diminuée de 70 trimestres et une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à cette même limite diminuée de 90 trimestres ;

5.A cinquante-neuf ans pour ceux qui ont accompli, dans les conditions prévues au 1°, une durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes au moins égale à la limite fixée en vertu du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 diminuée de 80 trimestres et une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à cette même limite diminuée de 100 trimestres.

II.-Pour l'application de la majoration de pension prévue à l'article L. 351-1-3, la pension est augmentée à proportion d'un nombre égal au tiers du quotient formé par la durée d'assurance dans le régime accomplie alors que l'assuré justifiait du taux d'incapacité permanente prévu au même article ou avait été reconnu travailleur handicapé au sens de l'article L. 5213-2 du code du travail et ayant donné lieu à cotisations à sa charge, d'une part, et la durée d'assurance accomplie dans le régime au sens du troisième alinéa de l'article L. 351-1, d'autre part. Ce nombre est arrondi, le cas échéant, au centième le plus proche.

L'application de cette majoration ne peut avoir pour effet de porter la pension à un montant supérieur à celui qu'elle aurait atteint, sans cette majoration, dans le cas d'une durée d'assurance dans le régime égale à la limite mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 351-1.

La pension majorée en application des alinéas précédents est portée, le cas échéant, au montant minimum mentionné à l'article L. 351-10.

Article D351-1-6

Le taux d'incapacité permanente prévu à l'article L. 351-1-3 est celui fixé au premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles pour la délivrance de la carte d'invalidité.

L'assuré qui demande le bénéfice des dispositions de l'article L. 351-1-3 produit, à l'appui de sa demande, les pièces justifiant de la décision relative à son taux d'incapacité permanente prononcée par l'autorité chargée d'apprécier l'incapacité ouvrant droit à la carte d'invalidité ou de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé prévue par l'article L. 5213-2 du code du travail. La liste de ces pièces est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D351-1-8

Pour l'application de l'article L. 351-1-4, l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissé à soixante ans.

Article D351-1-9

Le taux d'incapacité permanente mentionné au I de l'article L. 351-1-4 est fixé à 20 %. Ce taux peut être atteint par l'addition de plusieurs taux d'incapacité permanente reconnus à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, sous réserve qu'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % ait été reconnu au titre d'une même maladie professionnelle ou d'un même accident du travail.

Article D351-1-10

I. # Le taux d'incapacité permanente mentionné au 1° du III de l'article L. 351-1-4 est fixé à 10 %. Ce taux doit être atteint au titre d'une même maladie professionnelle ou d'un même accident du travail.

II. # La durée d'exposition mentionnée au 2° du III de l'article L. 351-1-4 est fixée à dix-sept ans.

Article D351-1-11

I. # Il est constitué une commission pluridisciplinaire mentionnée au dernier alinéa du III de l'article L. 351-1-4 pour chaque caisse chargée de la liquidation des pensions de retraite du régime général.

La commission pluridisciplinaire compétente est celle de la caisse chargée d'apprécier la demande de pension de retraite en application de l'article R. 173-3-1.

II. # La commission pluridisciplinaire comprend :

1° Le directeur de la caisse chargée de la liquidation des pensions de retraite du régime général ou son représentant intervenant au titre de l'assurance vieillesse ;

2° Le médecin-conseil régional mentionné à l'article R. 315-3 ou un médecin-conseil de l'échelon régional du contrôle médical de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés qu'il désigne pour le représenter ;

3° L'ingénieur-conseil chef du service de prévention de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou à l'article L. 215-3, ou son représentant ;

4° Le professeur des universités-praticien hospitalier ou le praticien hospitalier mentionnés au 3° de l'article D. 461-27, ou leur représentant ;

5° Le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, ou son représentant.

En tant que de besoin, la commission pluridisciplinaire peut recueillir l'avis du médecin inspecteur régional du travail mentionné à l'article L. 8123-1 du code du travail ou, à défaut, d'un médecin du travail désigné par le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

L'assuré peut être, à son initiative ou à celle de la commission, entendu par la commission pluridisciplinaire. Il peut se faire assister par une personne de son choix.

Le secrétariat de la commission pluridisciplinaire est assuré par la caisse chargée de la liquidation des pensions de retraite du régime général.

Les membres de la commission pluridisciplinaire sont astreints au secret professionnel. Ils sont remboursés de leurs frais de déplacement. Le membre mentionné au 4° perçoit pour sa participation

aux travaux de la commission une rémunération dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Article D351-1-12

La commission pluridisciplinaire se prononce au vu d'un dossier comprenant :

1° La notification de rente prévue à l'article R. 434-32 et la notification de la date de consolidation prévue à l'article R. 433-17 ;

2° Les justifications apportées par l'assuré quant aux conditions mentionnées aux 2° et 3° du III de l'article L. 351-1-4, reposant sur tout document à caractère individuel remis à celui-ci dans le cadre de son activité professionnelle et attestant de cette activité, notamment les bulletins de paie, contrats de travail et fiche d'exposition mentionnée à l'article L. 4121-3-1 du code du travail ou tout document comportant des informations équivalentes.

Section 5 : Taux et montant de la pension.

Article D351-2

Bénéficient du "taux plein" même s'ils ne justifient pas de la durée requise d'assurance ou de périodes équivalentes dans le régime général ou un ou plusieurs autres régimes obligatoires, les anciens prisonniers de guerre ou les anciens combattants titulaires de la carte du combattant, lorsque, sur leur demande, leur pension est liquidée avant l'âge de soixante-cinq ans et à partir de :

1°) soixante-quatre ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été de six à dix-sept mois ;

2°) soixante-trois ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été de dix-huit à vingt-neuf mois ;

3°) soixante-deux ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été de trente à quarante et un mois ;

4°) soixante et un ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été de quarante-deux à cinquante-trois mois ;

5°) soixante ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été d'au moins cinquante-quatre mois et pour les anciens prisonniers de guerre évadés justifiant d'une captivité d'au moins six mois ou rapatriés pour maladie.

Le temps de captivité prévu au deuxième alinéa de l'article L. 351-8 au-delà duquel les anciens prisonniers de guerre évadés peuvent choisir le régime le plus favorable est fixé à cinq mois.

Pour bénéficier de ces dispositions, les intéressés devront justifier de la durée de leur captivité et de leurs services militaires en temps de guerre, dans les forces françaises ou alliées, au moyen de la

production de leur livret militaire ou d'une attestation délivrée par l'autorité militaire compétente ou par le ministère ou l'office national des anciens combattants.

Article D351-2-1

Le montant minimum auquel est portée, lors de sa liquidation, la pension de vieillesse au taux plein en application de l'article L. 351-10 est fixé à 6 958,21 euros par an au 1er janvier 2008.

Seuls peuvent bénéficier de l'intégralité du montant minimum les titulaires d'une pension de vieillesse correspondant à une durée d'assurance accomplie dans le régime général de sécurité sociale au moins égale à la limite prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1 applicable à l'assuré.

Lorsque cette durée est inférieure à la limite prévue à l'alinéa précédent, le montant minimum est réduit au prorata du nombre de trimestres d'assurance effectivement accomplis rapporté à ladite limite.

Sous réserve de la condition prévue à la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 351-10, ce montant minimum est majoré au titre des périodes ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, de façon à atteindre 7 603,41 euros par an au 1er janvier 2006 lorsque le total de ces périodes est supérieur ou égal à la limite prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1 applicable à l'assuré. Il est éventuellement réduit dans les conditions prévues au troisième alinéa du présent article.

Les montants prévus aux alinéas précédents sont revalorisés aux mêmes dates et dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pensions de vieillesse par l'article L. 161-23-1.

Au montant minimum déterminé s'ajoutent, le cas échéant, les bonifications, majorations et rentes mentionnées au deuxième et au troisième alinéa de l'article L. 351-10. La majoration prévue à l'article L. 351-1-2 est calculée sur la base du montant de pension avant qu'il ne soit porté au montant minimum.

Article D351-2-2

La durée d'assurance minimale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré prévue à la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 351-10 est fixée à 120 trimestres.

Pour apprécier la durée d'assurance minimale visée au précédent alinéa, le nombre de trimestres retenu au titre de chaque année civile ne peut être supérieur à quatre.

Section 8 : Rachat

Article D351-3

La faculté de versement de cotisations prévue à l'article L. 351-14-1 est ouverte aux personnes âgées d'au moins vingt ans et de moins de soixante-sept ans à la date à laquelle elles présentent la demande de versement, dont la pension de retraite dans le régime général de sécurité sociale n'a pas

été liquidée à cette date et qui n'ont pas déjà obtenu la prise en compte, au titre de demandes antérieures, de douze trimestres par l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale en application de cet article.

Article D351-4

Pour exercer la faculté de versement mentionnée à l'article D. 351-3, l'intéressé doit présenter une demande comportant, à peine d'irrecevabilité, la mention de l'option prévue à l'article D. 351-7 et de l'échelonnement choisi en application de l'article D. 351-10 ainsi que les mentions et pièces justificatives permettant de l'identifier, de déterminer les périodes au titre desquelles elle est présentée, d'apprécier sa situation au regard des conditions, posées au 1° de l'article L. 351-14-1, relatives à l'obtention du diplôme ou à la scolarité assimilée à l'obtention d'un diplôme, à l'affiliation au régime et à l'absence d'affiliation au cours des périodes d'études à un régime obligatoire de retraite et d'apprécier ses revenus au regard du seuil fixé à l'article D. 351-8. La liste de ces mentions et pièces justificatives est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ainsi que, s'agissant de l'enseignement et des revenus agricoles, du ministre chargé de l'agriculture.

Pour l'application du 1° de l'article L. 351-14-1, la demande adressée au régime général de sécurité sociale n'est recevable par ce régime que s'il est le premier régime où l'assuré a été affilié et où a été validé au moins un trimestre postérieurement à l'obtention du diplôme afférent à la période d'étude mentionnée dans la demande ou à l'issue de la scolarité assimilée à l'obtention d'un diplôme.

Pour l'application du 2° de l'article L. 351-14-1, la demande adressée au régime général est recevable par ce régime dès lors qu'un report de salaire au compte de l'assuré a été effectué ou une période assimilée ou une période reconnue équivalente à une période d'assurance a été validée au titre de l'année considérée.

La demande est adressée à la caisse chargée de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale dans le ressort de laquelle se trouve la résidence de l'assuré ou, en cas de résidence à l'étranger, la caisse dont il relevait lors du dernier report de salaire à son compte.

Article D351-5

La demande de versement prévue à l'article D. 351-4 est prise en compte pour un nombre entier de trimestres.

Pour l'application du présent article aux demandes afférentes aux périodes visées au 1° de l'article L. 351-14-1, est considérée comme égale à un trimestre toute période de quatre-vingt-dix jours successifs au cours de laquelle l'intéressé a eu soit la qualité d'élève d'un établissement, école ou classe mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-14-1 et ayant conduit à l'obtention d'un diplôme, soit la qualité d'élève d'une grande école ou d'une classe préparatoire à une grande école, et au cours de laquelle il n'a pas relevé à titre obligatoire ou volontaire d'un régime d'assurance vieillesse.

Lorsque la période de quatre-vingt-dix jours couvre deux années civiles successives, elle peut être considérée comme ayant été effectuée au cours de l'une ou l'autre de ces années, dans la limite

prévue à l'article D. 351-6.

Article D351-6

La prise en compte du versement effectué en application des dispositions de l'article L. 351-14-1 ne peut avoir pour effet de porter à plus de quatre le nombre de trimestres d'assurance au titre d'une même année civile pris en compte par le régime général de sécurité sociale.

Article D351-7

Le versement est pris en compte, au choix de l'assuré :

1° Soit au titre de l'atténuation du coefficient de minoration mentionné à l'article R. 351-27, sans que le versement soit pris en compte dans la durée d'assurance mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 351-1 ;

2° Soit au titre de l'atténuation du coefficient de minoration mentionné à l'article R. 351-27 et pour être pris en compte dans la durée d'assurance mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 351-1.

Le choix de l'assuré est exprimé dans la demande et est irrévocable.

Article D351-8

I.-En vue d'assurer la neutralité actuarielle du versement prévue à l'article L. 351-14-1, le montant du versement à effectuer au titre de chaque trimestre est égal, pour un âge donné, à la valeur, actualisée à l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande et majorée d'un coefficient forfaitaire représentatif des avantages de réversion, de la différence entre :

1° Si le versement est effectué au titre du 1° de l'article D. 351-7, d'une part, la somme actualisée d'une pension de référence liquidée mensuellement, à terme échu, à l'âge de soixante-deux ans, calculée sur la base d'un salaire annuel moyen déterminé selon les modalités prévues à l'article R. 351-29 et égal, pour chacune des années prises en compte, au salaire défini au 3° du présent article et liquidée au taux de 50 % et, d'autre part, la somme actualisée de cette même pension liquidée au taux de 50 % minoré de 0,625 point, cette différence étant multipliée par un rapport fixé à 166 / 167 ;

2° Si le versement est effectué au titre du 2° de l'article D. 351-7, d'une part, la somme actualisée d'une pension de référence liquidée mensuellement, à terme échu, à l'âge de soixante-deux ans, et calculée sur la base d'un salaire annuel moyen déterminé selon les modalités prévues à l'article R. 351-29 et égal, pour chacune des années prises en compte, au salaire défini au 3° du présent article

et liquidée à un taux égal à 50 %, et, d'autre part, la somme actualisée de cette même pension liquidée au taux de 50 % minoré de 0,625 point et multipliée par un rapport fixé à 166 / 167.

3° Pour l'application des 1° et 2° du I du présent article, la pension de référence est déterminée en fonction de la moyenne annuelle du total des salaires et des revenus d'activité non salariée perçus par l'assuré au cours des trois dernières années. Le salaire ou revenu annuel moyen pris en compte est égal à :

a) Lorsque la moyenne annuelle mentionnée au premier alinéa du présent 3° n'excède pas une limite fixée à 75 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande, à 75 % de la valeur moyenne des plafonds annuels actualisés afférents aux vingt-cinq années précédant celle au cours de laquelle il atteindra l'âge de soixante-deux ans ;

b) Lorsque la moyenne annuelle mentionnée au premier alinéa du présent 3° est supérieure à 75 % et n'excède pas 100 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-1 en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande, au produit de cette moyenne annuelle par le rapport entre, d'une part, la valeur moyenne des plafonds annuels actualisés afférents aux vingt-cinq années précédant celle au cours de laquelle il atteindra l'âge de soixante-deux ans et, d'autre part, le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande ;

c) Lorsque la moyenne annuelle mentionnée au premier alinéa du présent 3° excède le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande, à la valeur moyenne des plafonds annuels actualisés afférents aux vingt-cinq années précédant celle au cours de laquelle il atteindra l'âge de soixante-deux ans.

4° Pour l'application du 3° du I du présent article :

a) Sont pris en compte, pour les demandes de versement présentées au cours d'une période allant du 1er juillet d'une année au 30 juin de l'année suivante, les salaires et revenus d'activité non salariée perçus au cours de chacune des trois années civiles précédant celle où débute cette période, soumis à cotisations de sécurité sociale et non limités au plafond mentionné à l'article L. 241-3 ;

b) Les salaires et revenus mentionnés au premier alinéa du 3° du I du présent article sont revalorisés des coefficients applicables aux salaires pris en compte pour le calcul des pensions intervenus depuis l'année considérée et jusqu'à l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande ;

c) La moyenne annuelle des salaires et revenus mentionnés au premier alinéa du 3° du I du présent article est calculée sur la ou les années au cours desquelles l'assuré a perçu de tels salaires ou revenus ;

d) Lorsque l'assuré n'a perçu aucun des salaires et revenus mentionnés au premier alinéa du 3° du I du présent article au cours des trois dernières années, la pension de référence est déterminée selon les modalités prévues au a dudit 3°.

II.-L'actualisation prévue au premier alinéa du I du présent article est effectuée en appliquant un taux décroissant en fonction de l'âge de l'assuré, apprécié à la date à laquelle il présente sa demande, selon les modalités suivantes :

a) 4 % pour les assurés âgés de moins de vingt-quatre ans ;

b) Le taux prévu à l'alinéa précédent diminué de 0,05 point par année d'âge à partir de l'âge de vingt-quatre ans ;

c) 2,05 % pour les assurés âgés de soixante-deux ans.

Les modalités d'actualisation des sommes mentionnées au présent article sont fixées à l'article D. 351-9. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget précise, pour chaque année, le barème des versements applicables aux assurés atteignant au moins vingt ans et moins de soixante-sept ans au cours de cette année. A défaut de publication de cet arrêté avant le 1er janvier d'une année, demeure applicable pour cette année le barème de l'année précédente.

Pour les assurés âgés de plus de soixante-deux ans l'année au cours de laquelle ils présentent leur demande, le montant du versement est déterminé sur la base du barème applicable pour les assurés âgés de soixante-deux ans et diminué de 2,5 % par année révolue au-delà de cet âge.

Article D351-9

Pour l'application de l'article D. 351-8, la valeur d'un trimestre est déterminée sur la base des paramètres et en application des formules suivantes :

1° La valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale prise en compte pour chacune des années postérieures à l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande est obtenue par l'application d'une majoration de 1,8 % au montant de l'année précédente et la valeur annuelle ou, le cas échéant, la valeur annuelle moyenne des plafonds applicables pour chacune des années antérieures à cette même année est revalorisée par application des coefficients applicables aux salaires pris en compte pour le calcul de la pension intervenus jusqu'à cette même année ;

2° Le coefficient forfaitaire mentionné au premier alinéa de l'article D. 351-8, représentatif du rapport entre le montant des avantages de réversion et celui des avantages de droit direct de

l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, est fixé à 10 % ;

3° Les coefficients viagers pris en compte dans la formule ci-après sont déterminés à partir des tables de génération pour les rentes viagères 1887 à 1993 annexées à l'arrêté du 28 juillet 1993 portant homologation de tables de mortalité pour les rentes viagères ;

4° La valeur d'un trimestre est déterminée, selon l'option prévue à l'article D. 351-7, par l'application de la formule suivante :

a) Au titre du 1° de l'article D. 351-7 :

$$P \times 50 \% \times C \times (1 - 1 / D) \times E \times (1 + 10 \%)$$

b) Au titre du 2° de l'article D. 351-7 :

$$P \times 50 \% \times [1 - (1 - C) \times (1 - 1 / D)] \times E \times (1 + 10 \%)$$

où :

P est égal :

a) Dans le cas prévu au a du 3° du I de l'article D. 351-8, à 75 % de la valeur moyenne des plafonds annuels revalorisés selon les modalités prévues au 1° du présent article et afférents aux vingt-cinq années précédant celle au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de soixante-deux ans ;

b) Dans le cas prévu au b du 3° du I de l'article D. 351-8, au produit de la moyenne annuelle des salaires et revenus d'activité mentionnés au premier alinéa dudit 3° par le rapport entre, d'une part, la valeur moyenne des plafonds annuels revalorisés selon les modalités prévues au 1° du présent article et afférents aux vingt-cinq années précédant celle au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de soixante-deux ans et, d'autre part, le montant annuel du plafond en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande ;

c) Dans le cas visé au c du 3° du I de l'article D. 351-8, à la valeur moyenne des plafonds annuels revalorisés selon les modalités prévues au 1° du présent article et afférents aux vingt-cinq années précédant celle au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de soixante-deux ans ;

C est le coefficient de minoration fixé à 1,25 % ;

D est la durée maximale d'assurance fixée à 167 trimestres ;

E est le terme actuariel défini comme correspondant à la rente viagère mensuelle à terme échu égale à une unité pour un intéressé d'âge B et un différé égal à A-B, déterminé selon la formule suivante :

(Formule non reproduite)

où :

i est le taux d'actualisation fixé en application de l'article D. 351-8 ;

k est un coefficient dont la valeur varie de 0 à 55 ;

A est l'âge de référence fixé à soixante-deux ans ;

B est l'âge atteint par l'assuré à la date à laquelle il présente sa demande ;

L (A + k) est l'effectif à l'âge (A + k) de la génération à laquelle appartient l'assuré, indiqué par les

tables mentionnées au 3° ci-dessus ;

L (A) est l'effectif à l'âge de soixante ans de la génération à laquelle appartient l'assuré indiqué par les tables mentionnées au 3° ci-dessus ;

L (B) est l'effectif à l'âge B de la génération à laquelle appartient l'assuré indiqué par les tables mentionnées au 3° ci-dessus.

Article D351-10

Le montant du versement est égal au produit du nombre de trimestres déterminés selon les modalités prévues à l'article D. 351-5, dans la limite de douze trimestres prévue à l'article D. 351-3, par la valeur du trimestre, déterminée selon les modalités prévues à l'article D. 351-8 et compte tenu de l'option choisie par l'intéressé prévue à l'article D. 351-7, de l'âge qu'il a atteint à la date à laquelle il présente sa demande et du taux d'actualisation applicable cette année à cet âge.

Article D351-11

Lorsque la demande porte sur plus d'un trimestre, l'assuré peut opter pour un échelonnement du versement en échéances mensuelles d'égal montant, compte non tenu de la majoration prévue à l'article D. 351-12, et sur une période :

1° D'un an ou de trois ans lorsque la demande de versement porte sur au moins deux et au plus huit trimestres ;

2° D'un an, de trois ans ou de cinq ans lorsque la demande de versement porte sur plus de huit trimestres.

L'assuré indique dans la demande la période sur laquelle il s'engage à effectuer le versement dans la limite de la période visée au 1° ou au 2° du présent article.

Le versement ou, en cas d'échelonnement, le premier versement est effectué au plus tard le dernier jour du deuxième mois suivant l'envoi par la caisse de la décision de son admission au bénéfice du versement.

La date de paiement de chaque échéance mensuelle suivante est fixée au dernier jour de chaque mois suivant celui au cours duquel est survenu le premier paiement.

Pour bénéficier de l'échelonnement du paiement du versement, l'assuré autorise la caisse à effectuer, à la date de chaque échéance mensuelle et pour la période choisie dans la limite fixée au 1° ou au 2° du présent article, un prélèvement sur le compte bancaire ou d'épargne.

Article D351-12

En cas d'échelonnement sur une période de plus de douze mois, le montant de chaque échéance postérieure au dernier jour du onzième mois suivant celui au cours duquel le premier paiement est survenu est majoré par l'application du taux d'évolution prévisionnelle des prix à la consommation, hors tabac, prévu dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances pour chacune des années au cours desquelles ces paiements doivent être effectués.

Article D351-13

La caisse mentionnée à l'article D. 351-4 indique à l'assuré s'il est admis ou non à effectuer un versement. A défaut d'indication dans le délai de deux mois suivant la réception de la demande, lorsqu'elle est recevable, la demande est réputée rejetée.

En cas d'admission, la caisse indique à l'assuré le nombre de trimestres dont il justifie au cours de chacune des années civiles où se situent les périodes dont il demande la prise en compte, le nombre de trimestres susceptibles de faire l'objet d'un versement au titre de ces périodes, compte tenu des limites fixées en application des articles D. 351-3, D. 351-5 et D. 351-6, le montant du versement correspondant à un trimestre en fonction de l'option prévue à l'article D. 351-7, le montant total du versement correspondant à ce nombre de trimestres ainsi que le montant et, le cas échéant, la date de paiement de chaque échéance correspondant à l'échelonnement prévu à l'article D. 351-11.

La décision d'admission informe l'assuré de la majoration de ces versements en application des dispositions de l'article D. 351-12. L'assuré est informé de cette majoration au plus tard le 1er décembre de l'année précédant celle à laquelle elle doit être appliquée. Cette information est accompagnée de l'indication du montant de chaque échéance majorée pour l'année considérée.

Article D351-14

Il est mis fin au versement :

1° En cas de non-paiement ou de paiement partiel du versement non échelonné ;

2° En cas d'échelonnement, à défaut de réception de l'autorisation de prélèvement visée à l'article D. 351-11 ou lorsque le premier paiement n'est pas parvenu pour son montant intégral à la caisse à la date fixée par la décision d'admission au bénéfice du versement ou lorsque le paiement de deux échéances mensuelles, successives ou non, n'a pas été intégralement effectué ;

3° Lorsque l'assuré demande la liquidation de sa pension ;

4° En cas de décès de l'assuré.

Sauf dans le cas prévu au 4° du présent article, l'intéressé est informé par la caisse de l'interruption du versement.

Lors de l'interruption du versement, est pris en compte un nombre de trimestres égal au quotient entier du montant des sommes versées par la valeur du trimestre atteinte à la date de l'interruption après application des dispositions de l'article D. 351-12. La fraction du montant versé excédant le produit du nombre de trimestres pris en compte par cette valeur du trimestre est remboursée à l'assuré dans le délai d'un mois suivant celui au cours duquel il a été informé de l'interruption du versement ou, en cas de décès, versé à l'actif successoral.

Il ne peut être présenté de nouvelle demande avant l'expiration d'un délai de douze mois suivant la date de la notification de l'interruption du versement.

Le versement ne peut être pris en compte avant la date à laquelle le paiement en a été intégralement effectué ou à laquelle il y a été mis fin.

Section 10 : Retraite progressive.

Article D351-15

La pension complète mentionnée à l'article L. 351-16 est liquidée dans les conditions de droit commun. Toutefois, elle ne peut être inférieure au montant entier ayant servi de base au calcul de la fraction prévue au premier alinéa de ce même article, le cas échéant revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1.

Chapitre 3 : Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de réversion.

Article D353-1

La pension de réversion prévue aux articles L. 353-1, L. 353-2 et L. 353-3 est égale à 54 % de la pension principale ou rente dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré.

Elle ne peut être inférieure au montant minimum de base prévu au deuxième alinéa de l'article L. 353-1 susmentionné lorsqu'elle correspond à une durée d'assurance d'au moins quinze années (soit soixante trimestres) accomplies dans le régime général. Lorsque cette durée est inférieure à quinze années, le montant minimum de base est réduit à autant de soixantièmes que l'assuré justifiait de trimestres d'assurance. Ce montant minimum de base est revalorisé aux mêmes dates et dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pensions de vieillesse de base par l'article L. 161-23-1.

Lorsqu'un assuré a relevé de deux ou plusieurs des régimes d'assurance vieillesse visés aux articles L. 200-2 et L. 621-3, ainsi qu'à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, et que le

total des périodes d'assurance qu'il a accomplies dans ces régimes représente plus de soixante trimestres, chacun d'eux retient, le cas échéant, le montant du minimum de base au prorata de la durée d'assurance accomplie en son sein sur le total des durées d'assurance accomplies dans ces régimes.

Article D353-1-1

Le plafond annuel de ressources personnelles prévu au premier alinéa de l'article L. 353-1 est fixé à 2 080 fois le montant horaire du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier.

Le plafond annuel de ressources du ménage prévu au même alinéa du même article est fixé à 1,6 fois le plafond fixé à l'alinéa ci-dessus.

Article D353-2

Lorsque la pension de réversion est réduite en application du quatrième alinéa de l'article L. 353-1, la majoration prévue à l'article L. 353-5 l'est dans les mêmes proportions.

Article D353-3

La pension de réversion est attribuée sous réserve que le conjoint de l'assuré décédé ou disparu ait atteint l'âge de cinquante-cinq ans à la date d'effet de la pension.

Article D353-4

Le plafond prévu à l'article L. 353-6 est fixé à 2 400 euros par trimestre à compter du 1er janvier 2010. Ce montant est revalorisé aux dates et dans les conditions prévues pour les pensions de vieillesse par l'article L. 161-23-1.

La majoration prévue à l'article L. 353-6 est égale à 11,1 % de la pension de réversion.

Chapitre 6 : Assurance veuvage.

Article D356-1

Ouvrent droit à l'allocation de veuvage prévue à l'article L. 356-1 les assurés qui ont été affiliés trois mois au cours des douze mois précédant celui de leur décès.

Article D356-2

Pour bénéficier de l'allocation de veuvage, le conjoint survivant doit au moment de sa demande remplir les conditions suivantes :

1° Résider en France, cette condition n'étant toutefois pas requise du conjoint survivant de l'assuré mentionné au cinquième alinéa de l'article L. 356-1 ;

2° Etre âgé de moins de cinquante-cinq ans ;

3° Ne pas avoir disposé au cours des trois mois civils précédents de ressources personnelles, telles que définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 356-1, supérieures au plafond fixé par trimestre à 3,75 fois le montant mensuel maximum de l'allocation ;

4° Ne pas être remarié, ne pas avoir conclu de pacte civil de solidarité et ne pas vivre en concubinage.

En outre, pour être recevable, la demande doit être déposée dans un délai n'excédant pas la période maximum de versement définie au premier alinéa de l'article D. 356-5.

Article D356-3

Les ressources du conjoint survivant sont appréciées dans les conditions fixées aux articles R. 815-22 à R. 815-25, sous les réserves ci-après :

1° Il n'est pas tenu compte :

a) Des capitaux décès versés en application de l'article L. 361-1 ;

b) De l'allocation de logement instituée par l'article L. 831-1 ;

c) De la prestation de compensation du handicap prévue par l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;

d) De l'aide personnalisée au logement instituée par les articles L. 351-1 et suivants du code de la construction et de l'habitation ;

2° Les capitaux décès autres que ceux qui sont mentionnés au a du 1° ci-dessus sont censés procurer au conjoint survivant, pendant la période de trois ou cinq ans, selon le cas, à compter du décès, un revenu annuel calculé sur la base du taux d'intérêt servi aux titulaires du livret A, prévu à l'article L. 221-1 du code monétaire et financier, en vigueur au 1er janvier de chaque année ;

3° La rémunération tirée de l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une formation rémunérée ayant commencé en cours de période de versement de l'allocation de veuvage peut être cumulée avec l'allocation pendant une durée de douze mois à compter du premier jour du mois suivant celui de la prise d'activité ou de formation ; tout mois civil ayant donné lieu à une rémunération issue d'une activité même occasionnelle ou d'une formation est pris en compte pour le calcul de cette durée ; les revenus font l'objet d'un abattement de 100 % au cours des trois premiers mois, puis d'un abattement de 50 % pendant les neuf mois suivants ;

Pour les bénéficiaires de l'allocation de veuvage admis au bénéfice des dispositions de l'article L. 5141-1 du code du travail au cours de la période de versement, il n'est pas tenu compte des revenus d'activité professionnelle faisant suite à une création ou une reprise d'entreprise pendant une période

de six mois successifs à compter du premier jour du mois suivant la date de la création ou de la reprise d'entreprise.

Pendant les six mois suivants, les revenus procurés par la nouvelle activité sont forfaitairement évalués, par mois, à 38 % du montant mensuel maximum de l'allocation de veuvage et font l'objet d'un abattement de 50 %.

Les bénéficiaires des dispositions des deux alinéas précédents ne peuvent se voir appliquer les dispositions du 3° pour les revenus d'activité professionnelle faisant suite à la création ou à la reprise de ladite entreprise.

Article D356-4

Lorsque le conjoint survivant peut prétendre au revenu de solidarité active majoré prévu à l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles ou à l'allocation aux adultes handicapés et à l'allocation de veuvage, ses droits au regard de l'assurance veuvage sont examinés en premier lieu.

Article D356-5

L'allocation de veuvage est versée mensuellement et à terme échu pendant une période maximum de deux ans à compter du premier jour du mois au cours duquel s'est produit le décès.

Toutefois, lorsque, à la date du décès, le conjoint survivant avait atteint l'âge de cinquante ans, la période prévue à l'alinéa précédent est prolongée jusqu'à ce qu'il ait cinquante-cinq ans.

Article D356-6

Lorsque la demande d'allocation est présentée dans le délai d'un an qui suit le décès du conjoint, le versement de l'allocation prend effet au premier jour du mois au cours duquel s'est produit le décès, sous réserve que le conjoint survivant ait rempli à la date du décès les conditions fixées par l'article D. 356-2.

Dans le cas contraire ou lorsque la demande d'allocation est présentée après l'expiration de la période d'un an suivant le décès du conjoint, le versement de l'allocation prend effet au premier jour du mois au cours duquel ladite demande a été déposée.

Article D356-7

Le montant mensuel de l'allocation de veuvage est fixé à 570,21 € à compter du 1er janvier 2011.

Article D356-8

Lorsque l'assuré décédé relevait du régime général de sécurité sociale, son conjoint survivant adresse sa demande d'allocation de veuvage à la caisse chargée de la liquidation des droits à prestations de vieillesse dans le ressort de laquelle se trouvait le dernier lieu de travail de l'assuré, dans les formes et avec les justifications déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Toutefois, est recevable la demande adressée à une caisse autre que celle du dernier lieu de travail. Dans ce cas, c'est la caisse saisie qui est chargée de l'étude et de la liquidation des droits.

Article D356-9

La personne qui sollicite l'allocation de veuvage est tenue de faire connaître à l'organisme ou service chargé de la liquidation toutes les informations relatives à son âge, sa résidence, sa situation de famille et ses ressources.

Le bénéficiaire de l'allocation est également tenu de faire connaître auxdits organismes tout changement survenu dans l'un ou l'autre des trois derniers éléments.

Les titres ou documents prévus à l'article L. 356-1 sont ceux mentionnés à l'article D. 115-1.

Article D356-10

Un contrôle portant sur le montant des ressources est effectué au moment de la demande. Des contrôles sont effectués ultérieurement au terme de chaque semestre de versement.

Article D356-11

Lorsqu'au cours de la période de versement de l'allocation, le bénéficiaire cesse de remplir l'une des conditions requises, l'allocation cesse d'être due à compter :

1° Soit du premier jour du mois au cours duquel est constatée une modification de sa situation, si celle-ci intervient au regard du 1° de l'article D. 356-2 ;

2° Soit du premier jour du mois suivant celui au cours duquel est constatée la modification de sa situation au regard des cas mentionnés aux 2°, 3° et 4° de l'article D. 356-2.

Article D356-12

Lorsque le versement de l'allocation a été interrompu, le conjoint survivant peut prétendre à son rétablissement à compter :

1° Soit du premier jour du mois au cours duquel il est constaté que la condition est à nouveau remplie, si l'interruption était intervenue au titre du 1° de l'article D. 356-2 ;

2° Soit du premier jour du mois suivant celui au cours duquel il est constaté que les conditions sont à nouveau remplies au regard des cas mentionnés aux 3° et 4° de l'article D. 356-2.

Le rétablissement de l'allocation s'effectue sans préjudice des dispositions fixées en application du troisième alinéa de l'article L. 356-1.

Article D356-13

En cas de décès d'un titulaire de l'allocation de veuvage, celle-ci cesse d'être due à compter du premier jour du mois suivant son décès.

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

Section 1 : Pension de vieillesse.

Article D357-1

L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 357-2 est soixante-cinq ans.

Sous réserve des dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 366 de l'ancien code de la sécurité sociale, la somme de base des pensions dues au titre du code local des assurances sociales est fixée à 24 F par an et les majorations à 22 p. 100 des cotisations versées jusqu'au 28 juin 1942 et à 1,33 p. 100 du salaire ayant servi de base au calcul des cotisations à partir du 29 juin 1942 ou à 23,8 p. 100 des cotisations acquittées d'après le système des classes de salaire à partir de cette même date.

La somme de base des pensions dues au titre de la loi du 20 décembre 1911 est fixée à 48 F par an et les majorations à 20 p. 100 des cotisations versées jusqu'au 30 juin 1942 et à 0,84 p. 100 du salaire ayant servi de base au calcul des cotisations à partir du 1er juillet 1942 ou à 15 p. 100 des cotisations acquittées d'après le système des classes de salaire à partir de cette même date.

Pour l'application des deuxième et troisième alinéas ci-dessus, les cotisations afférentes à des périodes antérieures au 1er janvier 1941, ainsi que celles versées en francs après le 31 décembre 1940 pour des périodes antérieures au 1er janvier 1945, sont prises en compte selon la classe à laquelle elles correspondent pour les valeurs indiquées aux barèmes ci-après :

Code local des assurances sociales

Classes	Montant à prendre en compte (par semaine)
	Francs (anciens)
I	6
II	10
III	14
IV	18
V	22

VI	26
VII	30

Loi du 20 décembre 1911

Classes		Montant à prendre en compte (par mois)
Avant le 1er janvier 1941	Depuis le 1er janvier 1941	
		Francs (anciens)
A/B	A	40
C/D	B	70
E/F	C	110
G/H	D	150
I/K	E	200
L/M	F	250
N	G	300

Pour l'application des deuxième et troisième alinéas ci-dessus, le salaire servant de base au calcul de la pension est, pour les salaires perçus postérieurement au 31 janvier 1991, le salaire correspondant aux cotisations versées dans la limite du plafond mentionné à l'article L. 241-3.

Article D357-2

L'âge inférieur prévu au deuxième alinéa de l'article L. 357-2 est l'âge prévu par l'article L. 161-17-2.

Article D357-2-1

L'âge mentionné à l'article L. 357-10-1 est fixé à cinquante-cinq ans.

Article D357-3

Les pensions de vieillesse attribuées avant l'âge prévu par le 1° de l'article L. 351-8 ne sont pas recalculées lorsque leurs titulaires atteignent cet âge, sous réserve de l'application des dispositions de l'article L. 357-19, et ne sont pas susceptibles d'être converties en pension d'invalidité.

Article D357-4

Sous réserve des dispositions du deuxième alinéa du présent article, la substitution de la pension de vieillesse à la pension d'invalidité peut être demandée par l'intéressé avant l'âge prévu par le 1° de l'article L. 351-8, s'il justifie du minimum de versements exigé pour cette pension. Elle a lieu d'office à l'âge prévu par le 1° de l'article L. 351-8 lorsque la condition de versement susmentionnée est remplie.

Les pensions d'invalidité dont les titulaires avaient déjà atteint ou dépassé l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 au moment où elles ont pris cours ne sont pas susceptibles d'être converties en pensions de vieillesse avant l'âge prévu par le 1° de l'article L. 351-8.

Article D357-5

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 357-2 sont applicables dans les conditions ci-après indiquées aux assurés qui sont anciens combattants titulaires de la carte du combattant ou qui ont été détenus comme prisonniers de guerre.

Pour ces assurés, la réduction d'un dixième par année ou fraction d'année restant à courir jusqu'au soixante-cinquième anniversaire n'est pas appliquée à la pension de vieillesse définie au premier alinéa de l'article L. 357-2 lorsque cette pension est liquidée à partir de :

1°) soixante-quatre ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été de six à dix-sept mois ;

2°) soixante-trois ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été de dix-huit à vingt-neuf mois ;

3°) soixante-deux ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été de trente à quarante et un mois ;

4°) soixante et un ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été de quarante-deux à cinquante-trois mois ;

5°) soixante ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été d'au moins cinquante-quatre mois et pour les anciens prisonniers de guerre évadés justifiant d'une captivité d'au moins six mois ou rapatriés pour maladie.

Pour bénéficier de ces dispositions les intéressés devront justifier de la durée de leur captivité et de leurs services militaires en temps de guerre dans les forces françaises ou alliées ou dans l'armée allemande s'ils y ont été incorporés de force, au moyen de la production de leur livret militaire ou d'une attestation délivrée par l'autorité militaire compétente ou par le ministère, ou l'office national des anciens combattants.

Article D357-6

Pour les assurés qui sont titulaires de la carte de déporté ou interné résistant ou politique, la

réduction prévue au deuxième alinéa de l'article L. 357-2 n'est pas applicable à la pension définie au premier alinéa du même article lorsque cette pension est liquidée à un âge compris entre soixante et soixante-cinq ans.

Article D357-7

Les dispositions de l'article D. 351-1 sont applicables pour la détermination des droits à pension de vieillesse de l'ex-régime local d'assurance des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article D357-8

La réduction prévue au deuxième alinéa de l'article L. 357-2 n'est pas applicable à la pension de vieillesse définie au premier alinéa du même article, lorsque cette pension est liquidée à un âge compris entre l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 et celui prévu par ce même article augmenté de cinq années, au profit des mères de famille salariées qui réunissent trente ans d'assurance dans l'ex-régime local des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et dans le régime général ou dans ces régimes et celui des salariés agricoles, qui ont élevé au moins trois enfants dans les conditions prévues à l'article R. 342-2, et justifient avoir exercé, pendant au moins cinq ans au cours des quinze dernières années précédant leur demande de liquidation de pension, un travail manuel ouvrier au sens de l'article R. 351-23.

Article D357-9

Lorsque l'assurée demande la liquidation de sa pension de vieillesse au titre de l'article D. 357-8 ci-dessus, il est fait application des dispositions de l'article R. 351-24.

Article D357-10

Pour les assurés mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 357-2, la pension définie au premier alinéa du même article est affectée d'un coefficient de minoration qui est fonction soit du nombre de trimestres correspondant à la durée séparant l'âge auquel la pension prend effet du soixante-cinquième anniversaire de l'assuré, soit du nombre de trimestres supplémentaires qui serait nécessaire, à la date d'effet de la pension, pour atteindre la durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 ; le nombre de trimestres correspondant est éventuellement arrondi au chiffre immédiatement supérieur. Le plus petit de ces deux nombres est pris en considération. Pour chaque trimestre ainsi retenu, le coefficient de minoration à appliquer à cette pension est de 2,5 %.

Article D357-11

Les coefficients de minoration prévus au deuxième alinéa de l'article L. 357-2 ne sont pas applicables à la pension définie au premier alinéa du même article lorsque cette pension prend effet à un âge compris entre l'âge prévu à l'article L. 351-1 et l'âge prévu à l'article L. 351-8, au profit :

1°) des assurés qui justifient d'une durée minimale d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes au moins égale à la limite prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 dans l'ex-régime local des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et dans le régime général ou dans ces régimes et un ou plusieurs autres régimes de base obligatoires d'assurance vieillesse ;

2°) des assurés qui relèvent de l'une des catégories mentionnées du 3° au 5° de l'article L. 351-8.

Article D357-12

Les dispositions des articles L. 351-4 et L. 351-5 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.

Section 2 : Pension d'invalidité.

Article D357-13

La fraction mentionnée à l'article L. 357-5 est égale à trois quarts.

Article D357-14

L'âge mentionné à l'article L. 357-6 est l'âge prévu par l'article L. 161-17-2.

Article D357-15

Le taux minimum d'incapacité de travail exigé à l'article L. 357-8 est deux tiers.

Section 3 : Pension de veuve ou de veuf.

Article D357-16

Les pensions de veuves ou de veufs prévues à l'article L. 357-9 sont égales à un pourcentage de la pension dont le "de cujus" bénéficiait ou eût bénéficié, fixé à 54 p. 100 lorsqu'elles sont dues au titre du code local des assurances sociales et à 43,2 p. 100 lorsqu'elles sont dues au titre de la loi du 20 décembre 1911.

Article D357-17

La pension de veuve ou de veuf prévue à l'article L. 357-9 ne peut être inférieure au montant minimum de base mentionné au premier alinéa de l'article L. 357-10 lorsqu'elle correspond à une durée d'assurance d'au moins quinze années (soit 60 trimestres) accomplies dans l'ex-régime local des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et dans le régime général.

Lorsque cette durée est inférieure à quinze années, le montant minimum de base est réduit à autant de soixantièmes que l'assuré justifiait de trimestres d'assurance.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent pas à la pension de veuve ou de veuf attribuée sur justification d'invalidité avant l'âge de cinquante-cinq ans.

Article D357-18

Pour l'octroi au conjoint survivant, en cas d'inaptitude, d'une pension de veuve ou de veuf prévue à l'article L. 357-10, il est fait application de l'article L. 351-7, ainsi que de l'article R. 351-21.

Article D357-19

La majoration de la pension de veuve ou de veuf prévue au deuxième alinéa de l'article L. 357-10 s'élève à 10 p. 100.

L'âge prévu au dernier alinéa de ce même article en cas d'inaptitude au travail est soixante ans.

Article D357-20

La fraction prévue à l'article L. 357-11 est égale à la moitié de la pension d'invalidité qui a ou eût été accordée en vertu de l'article L. 357-8 au "de cujus".

Article D357-21

L'article L. 357-9 ne modifie pas les conditions d'ouverture du droit aux pensions de veuves ou de veufs dues au titre de la loi du 20 décembre 1911. Toutefois, ces pensions ne sont calculées sur la base d'une pension de vieillesse supérieure à la pension d'invalidité qu'au cas où le "de cujus" justifiait de la période de stage exigée pour la pension de vieillesse.

Article D357-22

Le conjoint divorcé non remarié d'un assuré décédé sans s'être remarié ou sans laisser de conjoint survivant a droit à la pension de veuve ou de veuf prévue à l'article L. 357-9 lorsqu'il remplit les conditions fixées soit par le code local des assurances sociales, soit par la loi du 20 décembre 1911, pour l'attribution de cette pension.

Dans le cas où l'assuré est décédé après s'être remarié, la pension de veuve ou de veuf prévue à l'article L. 357-9 doit être partagée entre son conjoint survivant et son ou ses précédents conjoints divorcés non remariés, au prorata de la durée respective de chaque mariage. Cette durée, déterminée de date à date, est arrondie au nombre de mois inférieur.

Lorsque le conjoint survivant et le ou les précédents conjoints divorcés ne réunissent pas tous à la même date les conditions d'attribution de la pension de veuve ou de veuf susmentionnée, les parts de pension qui leur sont respectivement dues sont déterminées lors de la liquidation des droits du premier d'entre eux qui en fait la demande ; ces parts de pension sont ensuite liquidées au fur et à mesure que les intéressés justifient qu'ils réunissent les conditions susrappelées.

Si, après plusieurs divorces, l'assuré décède sans laisser de conjoint survivant, la pension de veuve ou de veuf doit être partagée dans les conditions susrappelées entre ses précédents conjoints divorcés non remariés.

Au décès du conjoint survivant ou d'un conjoint divorcé, sa part accroîtra la part de l'autre ou, s'il y a lieu, des autres, à compter du premier jour du mois suivant le décès.

Article D357-23

Le conjoint divorcé non remarié est assimilé à une veuve ou à un veuf pour l'application de l'article L. 357-10.

Article D357-24

Lorsqu'un conjoint survivant ou divorcé remarié n'est susceptible de bénéficier, du chef de son dernier conjoint, d'aucun droit à pension de veuve ou de veuf au titre de l'ex-régime local des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ou à pension de réversion au titre d'un autre régime de base obligatoire d'assurance vieillesse, il recouvre son droit à la pension de veuve

ou de veuf prévue à l'article L. 357-9 du chef d'un précédent conjoint dont l'a privé son remariage, à condition que ce droit ne soit pas ouvert ou susceptible d'être ouvert au profit d'un autre conjoint survivant ou divorcé.

Section 4 : Dispositions communes aux pensions de vieillesse, d'invalidité, de veuve et de veuf.

Article D357-25

Les arrêtés mentionnés aux articles L. 357-16 et L. 357-17 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Les ministres mentionnés à l'article L. 357-21 sont le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre de l'intérieur et le ministre chargé du budget.

Article D357-26

Le service des arrérages de pensions dues au titre du régime local a lieu mensuellement et d'avance. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des postes et télécommunications fixe les conditions dans lesquelles est effectué le paiement de ces arrérages.

Article D357-27

Les assurés soumis au régime local antérieurement au 1er juillet 1946 ont droit à partir de cette date aux avantages résultant pour eux du titre IV du présent livre et des chapitres 1er à 5 du présent titre.

Toutefois, les intéressés peuvent réclamer le bénéfice des dispositions du présent chapitre relatif au régime applicable dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, s'ils estiment que ce régime leur est plus favorable. Dans ce cas, les règles de ce dernier régime sont applicables tant pour l'ouverture du droit que pour le calcul des prestations.

Quelle que soit l'option exercée par l'assuré, son conjoint survivant peut demander le bénéfice des dispositions relatives aux pensions de réversion du régime général de sécurité sociale s'il estime que ce régime lui est plus favorable que celui résultant des dispositions du présent chapitre.

L'assuré qui a opté pour le régime résultant des dispositions du présent chapitre peut obtenir la pension d'invalidité pour une affection antérieurement indemnisée au titre militaire.

Toutefois, cette pension n'est pas susceptible des revalorisations prévues pour les pensions

d'invalidité du régime général et le cumul des deux pensions, militaire et d'invalidité, ne peut être admis que dans les limites fixées par les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 371-7.

Article D357-28

Le service des pensions de vieillesse ou d'invalidité définis aux articles L. 357-2 et L. 357-5 et à l'article D. 357-10 dont l'entrée en jouissance intervient à partir du soixantième anniversaire de l'assuré, et entre le 1er avril 1983 et le 31 décembre 1990, est assuré à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assuré a rompu définitivement tout lien professionnel avec son employeur ou a cessé définitivement son activité non salariée.

L'assuré doit établir qu'il se trouve dans cette situation :

1°) dans le cas où il exerçait une activité salariée, par la production d'une attestation du dernier employeur, public ou privé, dont il relevait antérieurement à la date d'entrée en jouissance de la pension, mentionnant la date de cessation de toute activité de l'assuré auprès de cet employeur ;

2°) dans le cas où il exerçait une activité non salariée, par tout mode de preuve et notamment par la production, suivant la nature de l'activité :

a. d'un certificat de radiation du registre du commerce et des sociétés, du répertoire des métiers ou du registre des entreprises des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, ou un certificat de cessation d'activité du chef d'entreprise délivré par la chambre de métiers et de l'artisanat de région ;

b. d'une attestation de radiation du tableau de l'ordre professionnel dont il relevait ;

c. d'une attestation de radiation des rôles de la taxe professionnelle ;

d. d'une attestation de cessation d'activité délivrée par la caisse de mutualité sociale agricole à laquelle il était affilié en qualité de personne non salariée des professions agricoles.

Partie réglementaire - Décrets simples

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

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 2 : Volontariat pour l'insertion. # Service civique.

Article D372-2

Au titre des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité versées au volontaire pour l'insertion mentionné à l'article L. 130-4 du code du service national, l'établissement public d'insertion de la défense mentionné à l'article L. 3414-1 du code de la défense est redevable d'une cotisation forfaitaire égale à 18,5 % du plafond mensuel défini à l'article L. 241-3. Cette cotisation est due pour chaque période de douze mois consécutifs quelle que soit la durée effective du volontariat pour l'insertion à l'intérieur de cette période.

Article D372-3

La cotisation forfaitaire mentionnée à l'article L. 120-26 du code du service national due au titre de la couverture des risques maladie, maternité, invalidité et décès est égale, pour chaque mois civil d'exécution du contrat de service civique, à 2, 24 % de la valeur mensuelle du plafond définie en application de l'article L. 241-3.

Lorsque le contrat de service civique est exécuté sur une partie d'un mois civil, la cotisation mentionnée à l'alinéa précédent est égale au produit du taux fixé à cet alinéa par le nombre de jours d'exécution du contrat sur le mois et par la valeur journalière du plafond défini à l'article L. 241-3.

Article D372-4

I. - Pour l'application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 120-28 du code du service national, le nombre de trimestres correspondant à la durée du contrat est ainsi déterminé :

- a) Il est retenu un mois au titre de chaque mois civil entier d'exécution du contrat ;
- b) Le nombre de jours d'exécution du contrat au cours de mois civils incomplets est totalisé et il est retenu un mois lorsque ce total est au moins égal à trente et un jours ;
- c) Le nombre de trimestres correspondant à la durée du contrat est égal à la valeur entière du tiers

du nombre total de mois résultant de l'application des a et b ci-dessus.

Chaque trimestre civil entier d'exécution du contrat est affecté à l'année de son exécution. Le trimestre pouvant résulter de la totalisation du nombre de mois correspondant aux trimestres incomplets est affecté à l'année civile au cours de laquelle le contrat a pris fin.

II. - L'Etat prend en charge, pour chaque contrat et pour chaque année civile, un montant égal au produit du nombre de trimestres restant à valider par la valeur forfaitaire d'un trimestre, déduction faite de la fraction du montant des cotisations de retraite versées au titre de cette année par la personne morale agréée ou par l'organisme mentionné à l'article L. 120-28 du code du service national et des contrats d'au moins trois mois n'ayant pas validé un trimestre. Pour la détermination de cette prise en charge :

a) Le nombre de trimestres restant à valider est déterminé pour chaque contrat et pour chaque année civile. Il est égal à la différence entre le nombre de trimestres correspondant à sa durée, déterminé selon les modalités prévues au I ci-dessus et affecté à l'année considérée et le nombre de trimestres validés par les versements de la personne morale agréée ou de l'organisme mentionné à l'article L. 120-28 du code du service national ;

b) Le nombre de trimestres validés par le versement de la personne morale agréée ou de l'organisme mentionné à l'article L. 120-28 du code du service national est déterminé pour chaque contrat et pour chaque année civile en fonction des cotisations versées au titre de l'exécution du contrat au cours de l'année et sur la base de la valeur forfaitaire du trimestre fixée au c ci-après ;

c) La valeur forfaitaire d'un trimestre est égale au produit de la somme des taux des cotisations à la charge de l'employeur et du salarié fixées en application des dispositions de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale par 50 % de la valeur trimestrielle du plafond définie en application de ces mêmes dispositions.

III. - Pour permettre la prise en compte, pour les droits à retraite, des périodes de contrat, la personne morale agréée établit une déclaration annuelle obligatoire dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Elle est adressée par la personne morale agréée au titre des contrats exécutés au cours d'une année avant le 31 janvier de l'année suivante à l'autorité de l'Etat ayant délivré l'agrément.

IV. - Les cotisations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 120-28 du code du service national ne peuvent donner lieu à un versement inférieur au montant calculé en application des dispositions de l'article D. 242-4.

Chapitre 4 : Emploi des étrangers.

Article D374-1

L'étranger soumis aux dispositions de l'ordonnance modifiée du 2 novembre 1945 pour l'exercice d'une activité professionnelle salariée en France est présumé avoir subi le contrôle médical prévu par ladite ordonnance s'il est porteur soit d'un contrat d'introduction visé par les services du ministère chargé du travail, soit d'une carte de travail ou, à défaut, d'un titre provisoire de travail [*preuve*].

Article D374-2

Les candidats à un emploi salarié de nationalité centrafricaine, congolaise et tchadienne sont placés hors du champ d'application de l'article L. 374-1.

Les candidats à un emploi salarié de nationalité gabonaise et togolaise apportent la preuve qu'ils ont subi un contrôle médical par la production du certificat visé par le consul de France ou, à défaut, par celle d'une attestation de visite médicale délivrée, en France, par les services de l'office national d'immigration.

Les candidats à un emploi salarié de nationalité algérienne sont présumés avoir subi le contrôle médical prévu par les accords internationaux s'ils sont en possession du titre de séjour délivré en application desdits accords.

Les candidats à un emploi salarié qui sont ressortissants de l'un des Etats mentionnés ci-après :

République unie du Cameroun ;

République de Côte-d'Ivoire ;

République du Bénin ;

Burkina Faso ;

République du Mali ;

République islamique de Mauritanie ;

République du Niger ;

République du Sénégal,

sont présumés avoir subi un contrôle médical dès lors qu'ils sont en possession d'une autorisation de travail.

Article D374-3

Les frais du contrôle médical effectué par l'office national d'immigration en ce qui concerne les travailleurs mentionnés au deuxième alinéa de l'article D. 374-2 sont à la charge de l'employeur. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du travail, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'agriculture en fixe le montant et les conditions de versement.

Article D374-4

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article D. 374-2 s'appliquent à chaque travailleur nouvellement embauché.

Article D374-5

L'employeur justifie qu'il n'a ni engagé ni conservé à son service un étranger qui n'est pas muni de l'un des documents mentionnés aux articles D. 374-1 et D. 374-2 par la production du registre spécial des étrangers dûment rempli dans les conditions prévues par l'arrêté du 4 juin 1938 modifié.

Article D374-6

Les caisses primaires d'assurance maladie doivent, à l'occasion des demandes de règlement des prestations maladie, maternité et décès, d'invalidité ou d'accidents du travail concernant des travailleurs étrangers, vérifier que les intéressés sont en possession, et suivant leur nationalité, de l'un des documents mentionnés aux articles D. 374-1 et D. 374-2.

La même obligation incombe aux caisses de mutualité sociale agricole à l'occasion des demandes de règlement des prestations maladie, maternité, décès ou invalidité concernant des travailleurs salariés relevant du régime agricole de l'assurance maladie.

Lorsque les prestations font l'objet d'un règlement direct, en application de l'article L. 322-1 ou de la réglementation applicable aux travailleurs salariés relevant du régime agricole de l'assurance maladie, la vérification prévue aux deux alinéas précédents incombe à l'établissement ayant dispensé les soins.

A défaut de justification, les caisses primaires d'assurance maladie ou, le cas échéant, les caisses de mutualité sociale agricole sont néanmoins tenues, si les intéressés remplissent les conditions d'ouverture du droit, de verser les prestations dont le règlement est sollicité. Dans ce cas, elles doivent poursuivre, au besoin par les voies de droit, le remboursement des prestations versées soit directement à l'assuré, soit par l'intermédiaire d'un tiers payant, au titre du travailleur étranger ou de ses ayants droit.

Le total des prestations dont le remboursement est exigible ne peut excéder, pour un même travailleur étranger, un montant annuel égal au tiers de la somme des plafonds mensuels de sécurité sociale de l'année considérée, dans la limite de trois années à compter de la réalisation du risque.

Article D374-7

Les caisses primaires d'assurance maladie fournissent, trimestriellement, au préfet de région, la liste des entreprises qui ont fait l'objet d'une procédure de remboursement des prestations, ainsi que les noms des travailleurs étrangers qui ont motivé l'application de ladite procédure.

Les caisses de mutualité sociale agricole fournissent, trimestriellement, au préfet de région, la liste des entreprises qui ont fait l'objet d'une procédure de remboursement des prestations ainsi que les noms des travailleurs étrangers relevant du régime agricole de l'assurance maladie qui ont motivé l'application de ladite procédure.

Chapitre 6 : Recours des caisses contre les tiers

Article D376-1

I. - La personne atteinte de lésions imputables à un tiers doit en informer, par tous moyens, sa caisse de sécurité sociale dans les quinze jours suivant leur survenue. Elle doit notamment le signaler au professionnel de santé en lui fournissant les renseignements prévus au 4° de l'article R. 161-42.

II. - Le tiers responsable d'un accident ou de lésions causées à un assuré social doit en informer, par tous moyens, la caisse d'assurance maladie dont relève ce dernier dans les quinze jours suivant leur survenue s'il n'en a pas informé son assureur.

III. - L'assureur du tiers responsable doit informer la caisse d'assurance maladie dont relève la victime dans les trois mois suivant la date à laquelle il a connaissance de la survenue de l'accident ou des lésions.

Pour les accidents relevant de l'article L. 211-8 du code des assurances, l'assureur du tiers responsable doit informer la caisse d'assurance maladie dont relève la victime dans les trois mois suivant la date de survenue de l'accident.

En cas de litige sur le respect de son obligation d'information, il lui appartient d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à la caisse dans les délais prévus aux deux alinéas précédents.

IV. - La majoration de l'indemnité forfaitaire prévue au cinquième alinéa de l'article L. 376-1 est appliquée lorsque l'assureur du tiers responsable n'a pas informé la caisse dans les délais prévus au III, sauf si l'assureur apporte la preuve qu'en dépit des diligences qu'il a effectuées pour obtenir l'information il n'a pas pu disposer des éléments lui permettant de délivrer cette information dans ces délais.

Dans les cas où la caisse n'a pas pu exercer son recours, l'indemnité forfaitaire majorée est calculée sur les sommes dont le recouvrement aurait été obtenu si l'assureur avait respecté son obligation d'information.

V. - L'établissement de santé dispensant des soins à une personne dont les lésions sont, selon ses déclarations, imputables à un tiers doit en informer la caisse d'assurance maladie dont elle relève dans les trois mois suivant la date de la fin des soins.

Partie réglementaire - Décrets simples

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

Titre 8 : Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général - Dispositions d'application du livre 3

Chapitre préliminaire : Personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence en France

Article D380-1

La cotisation mentionnée à l'article L. 380-2 est calculée annuellement pour la période du 1er octobre au 30 septembre de l'année suivante.

Elle est assise sur les revenus perçus au cours de l'année civile précédente et définis au deuxième alinéa de l'article L. 380-2, après déduction du montant annuel fixé à l'article D. 380-4.

Article D380-2

La cotisation mentionnée à l'article L. 380-2 est due à compter du premier jour du trimestre civil suivant la date d'effet :

- a) De l'affiliation prévue à l'article L. 380-1 ;
- b) De la fin du droit à la protection complémentaire prévue à l'article L. 861-1.

La cotisation cesse d'être due à compter du premier jour du trimestre civil de la date d'effet :

- a) De la fin de l'affiliation prévue à l'article L. 380-1 ;
- b) De l'ouverture du droit à la protection complémentaire prévue à l'article L. 861-1.

Article D380-3

Le taux de la cotisation mentionnée à l'article L. 380-2 est fixé à 8 %.

Article D380-4

Le plafond mentionné à l'article L. 380-2 est égal à 8644 euros par an. Il est revalorisé chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année civile précédente, publiée par l'Institut national de la statistique et des études économiques. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe ce montant qui est arrondi au franc ou à l'euro le plus proche. Ce plafond est appliqué aux revenus mentionnés au deuxième alinéa de l'article D. 380-1.

Article D380-5

Les caisses primaires d'assurance maladie adressent, avant le 1er août de chaque année, aux personnes affiliées au régime général de sécurité sociale en application de l'article L. 380-1 qui ne bénéficient pas des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 861-2 une déclaration de ressources conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les assurés sont tenus de retourner à l'organisme intéressé, avant le 15 septembre de chaque année, cette déclaration dûment remplie, accompagnée, le cas échéant, de documents attestant de leurs ressources.

Pour les personnes nouvellement affiliées au régime général de sécurité sociale en application de l'article L. 380-1 ou pour celles qui cessent de bénéficier des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 861-2, la caisse primaire d'assurance maladie adresse sans délai la déclaration de ressources qui doit lui être retournée dans un délai d'un mois.

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

Section 1 : Bénéficiaires du complément familial, de la prestation d'accueil du jeune enfant, de l'allocation journalière de présence parentale - Personnes assumant la charge d'un handicapé

Article D381-1

Sont affiliées obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, les personnes isolées bénéficiaires soit de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant,

soit du complément familial, soit du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant, qui ont à charge au moins un enfant de moins de trois ans ou au moins deux enfants et dont les ressources ne dépassent pas le plafond de ressources qui est retenu pour l'attribution de l'allocation de rentrée scolaire.

Ces dispositions sont applicables à la personne isolée, ayant au moins un enfant à charge, qui bénéficie de l'allocation journalière de présence parentale.

Article D381-2

Est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, celui des conjoints ou concubins n'exerçant pas d'activité professionnelle qui remplit les conditions posées ci-après :

1°) soit avoir à charge au moins un enfant de moins de trois ans et bénéficiaire de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant, sous réserve que les ressources du ménage ne dépassent pas le plafond de ressources qui est retenu pour l'attribution de l'allocation de rentrée scolaire ;

2°) soit avoir à charge au moins trois enfants et bénéficiaire du complément familial, sous réserve que les ressources du ménage n'excèdent pas le plafond de ressources qui est retenu pour l'attribution du complément familial.

Toutefois, ne peut bénéficier de cette affiliation que le conjoint ou concubin dont les revenus propres provenant de l'exercice d'une activité professionnelle pendant l'année civile de référence, n'excèdent pas douze fois la base mensuelle de calcul des allocations familiales en vigueur au 1er janvier de ladite année.

Ne peut également bénéficier de cette affiliation que le conjoint ou concubin qui ne participe pas, au sens de l'article 1122-1 du code rural, à la mise en valeur d'une exploitation agricole.

Article D381-2-1

Est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale le membre du couple ayant au moins deux enfants à charge qui bénéficie du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant, sous réserve que les ressources du ménage n'excèdent pas le plafond de ressources défini aux premier et deuxième alinéas de l'article R. 522-2 et que ses revenus professionnels nets de cotisations sociales issus de son activité à temps partiel pendant la période de perception du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant n'excèdent pas 63 p. 100 du plafond de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année considérée.

Ces dispositions sont applicables au membre du couple, ayant au moins un enfant à charge, qui bénéficie de l'allocation journalière de présence parentale.

Article D381-2-2

L'affiliation du salarié bénéficiaire du congé de soutien familial est faite à sa demande par l'organisme débiteur des prestations familiales et sous réserve de la présentation d'une attestation de son employeur indiquant les dates de la prise du congé.

L'affiliation du travailleur non salarié est faite à sa demande par l'organisme débiteur des prestations familiales et sous réserve de la production des justificatifs suivants :

1° Une déclaration sur l'honneur de son lien familial avec la personne aidée, tel qu'énoncé à l'article L. 381-1 ;

2° L'un des justificatifs mentionnés aux 2°, 3° et 4° de l'article D. 225-4 du code du travail ;

3° Le ou les justificatifs requis pour la catégorie professionnelle concernée :

a) Pour la personne exerçant une activité industrielle ou commerciale, un extrait du registre du commerce et des sociétés mentionnant la date de cessation temporaire d'activité et un extrait mentionnant la date de reprise d'activité ;

b) Pour la personne exerçant une activité artisanale, un extrait du registre du répertoire des métiers mentionnant la date de cessation temporaire d'activité et un extrait mentionnant la date de reprise d'activité ;

c) Pour la personne exerçant une activité non salariée agricole, une attestation établie par la caisse de mutualité sociale agricole dont elle relève ou, pour les départements d'outre-mer, par la caisse générale de sécurité sociale, mentionnant la date de cessation temporaire de l'activité agricole, suivie d'une attestation précisant la date de la reprise de l'activité agricole ;

d) Pour la personne physique exerçant une profession libérale et le dirigeant d'une société d'exercice libéral, une attestation de l'organisme de recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale mentionnant la date de la cessation temporaire d'activité et la date de reprise d'activité.

L'affiliation des personnes mentionnées aux alinéas ci-dessus prend effet au premier jour de la prise du congé de soutien familial et cesse à l'issue du dernier jour du congé.

Article D381-3

Pour l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 381-1 concernant les personnes ayant la charge d'un enfant handicapé ou assumant, au foyer familial, la charge d'un adulte handicapé, le taux d'incapacité permanente de la personne handicapée est égal ou supérieur à 80 p. 100.

Le taux d'incapacité permanente est apprécié d'après le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire).

Article D381-6

L'immatriculation est effectuée en tant que de besoin par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou la caisse générale de sécurité sociale dans le ressort de laquelle est situé le domicile des intéressés. Lorsque le domicile se situe en Ile-de-France ou en Alsace-Moselle, sont respectivement compétentes : la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ou la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg.

L'immatriculation des personnes ayant la charge d'un enfant handicapé prend effet à compter du premier jour du trimestre civil suivant le mois au cours duquel l'assujetti remplit les conditions d'affiliation définies ci-dessus.

L'immatriculation des personnes assumant, au foyer familial, la charge d'un adulte handicapé prend effet à compter du premier jour du trimestre civil suivant le mois au cours duquel la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles a décidé que les conditions d'affiliation ci-dessus définies sont remplies.

Article D381-7

Les modalités de versement des cotisations d'assurance vieillesse, calculées conformément aux dispositions de l'article D. 381-5, ainsi que les documents à produire à l'appui de ce versement sont fixés par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé des départements d'outre-mer.

Section 8 : Bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés.

Article D381-22

Le taux d'incapacité permanente prévu à l'article 43-II de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 est égal à celui qui est fixé à l'article 1er du décret n° 75-1197 du 16 décembre 1975.

Section 9 : Détenus

Article D381-23

L'assiette de la cotisation visée à l'article L. 381-30-2 est égale à un pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale visé à l'article L. 241-3. Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'administration pénitentiaire fixe chaque année le montant de ce pourcentage.

Le taux de cette cotisation est fixé à 14,60 %.

Section 10 : Elus locaux

Article D381-24

Le taux de la cotisation des assurances sociales affectée aux risques maladie, maternité, invalidité et décès, assise sur les montants des indemnités effectivement perçues par les élus locaux affiliés au régime général en application de l'article L. 381-32, est fixé à 13,55 %, soit 12,8 % à la charge de la collectivité territoriale et 0,75 % à la charge de l'élu local.

Chapitre 2 : Personnes rattachées au régime général pour l'ensemble des risques

Section 1 : Artistes auteurs

Sous-section 6 : Régimes complémentaires

Article D382-1

Les arrêtés interministériels prévus à l'article L. 382-11 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Article D382-2

Les régimes complémentaires d'assurance vieillesse auxquels sont affiliées les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 en application de l'article L. 382-12 demeurent régis par les

dispositions légales et réglementaires applicables aux régimes complémentaires mentionnés au premier alinéa de l'article L. 644-1.

Leur gestion est assurée par la section professionnelle mentionnée au 9° de l'article 3 du décret du 19 juillet 1948 modifié. Toutefois, les attributions du conseil d'administration de ladite section professionnelle en matière de régimes complémentaires sont exercées par des conseils d'administration distincts.

Sous-section 8 : Elections

Paragraphe 2 : Listes électorales

Article D382-3

Soixante jours avant la date du scrutin, les états de recensement sont déposés auprès du service visé à l'article R. 155-1 ainsi qu'au siège de chaque caisse primaire d'assurance maladie en vue de leur consultation par toute personne intéressée. Ils sont également consultables au siège des organismes agréés. Les électeurs sont avisés par voie d'affichage du dépôt des états de recensement.

Article D382-4

Chacune des commissions administratives prévues au deuxième alinéa de l'article R. 382-41 est présidée par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1. Elle comprend en outre quatre électeurs, à raison de deux par collège, désignés par ledit responsable, qui désigne également un agent chargé du secrétariat.

Article D382-5

Dans les dix jours qui suivent le dépôt des états de recensement mentionnés à l'article D. 382-3, tout électeur peut vérifier s'il est inscrit et, le cas échéant, demander son inscription. De même, tout électeur peut réclamer l'inscription d'un électeur non inscrit. Les demandes d'inscription et les réclamations sont déposées auprès du service mentionné à l'article R. 155-1, ou au siège de la caisse primaire d'assurance maladie. Il en est délivré récépissé.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste des pièces permettant de justifier de la qualité d'électeur.

Article D382-6

La commission administrative compétente instruit les demandes et réclamations. Au plus tard quarante-cinq jours avant la date du scrutin, le responsable du service mentionné à l'article R.

155-1, après avoir recueilli l'avis de chaque commission, arrête les listes électorales en procédant à l'inscription des électeurs dans chaque collège et porte à la connaissance des intéressés les décisions du refus d'inscription ou de radiation.

Article D382-7

Au plus tard quarante-quatre jours avant le scrutin, les électeurs sont avisés par voie d'affichage du dépôt des listes électorales au siège des organismes agréés, ainsi qu'au siège de chaque caisse primaire d'assurance maladie.

Article D382-8

A l'expiration d'un délai de huit jours suivant l'affichage des résultats du scrutin, la liste électorale ne peut plus être consultée. Les listes rectifiées, s'il y a lieu, pour tenir compte des décisions judiciaires sont closes vingt jours avant le scrutin.

Les dispositions de l'article D. 214-17 sont applicables à la présente sous-section.

Paragraphe 3 : Déclaration de candidatures

Article D382-9

Les dispositions des articles D. 214-18 et D. 214-19 sont applicables à la présente sous-section. L'arrêté prévu au premier alinéa de l'article D. 214-18 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D382-10

Les candidatures sont établies pour chaque conseil d'administration. Elles sont déposées auprès du service mentionné à l'article R. 155-1. Il est délivré au mandataire de chaque liste un reçu de la déclaration collective et des déclarations individuelles.

Le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 publie les listes de candidature. Ces listes sont affichées au siège des organismes agréés ainsi qu'au siège de chaque caisse primaire d'assurance maladie.

Les dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article D. 214-23 sont applicables à la présente sous-section.

Paragraphe 4 : Propagande

Article D382-11

Les dispositions de l'article D. 214-25 sont applicables à la présente sous-section.

Chaque liste de candidatures a droit à deux affiches d'un format de 297 x 420 mm pour la propagande et l'annonce des réunions électorales. Elle dispose d'un emplacement réservé à l'affichage au siège des organismes agréés, ainsi qu'au siège de chaque caisse primaire d'assurance maladie. La demande d'attribution d'emplacement est formulée auprès de la commission de propagande pendant la campagne électorale et au plus tard cinq jours avant la date du scrutin. Les emplacements sont attribués dans l'ordre d'enregistrement des candidatures.

Article D382-12

Le nombre de bulletins de vote que chaque liste peut faire imprimer ne doit pas excéder de plus de 10 p. 100 le nombre des électeurs dont cette liste sollicite les suffrages.

Les bulletins ont un format de 148 x 210 mm.

Les bulletins ne doivent pas comporter d'autres mentions que le nom de l'organisme agréé, le nom et le prénom de chaque candidat ainsi que le titre de la liste. Ces mentions doivent figurer sur un seul côté du bulletin.

Article D382-13

La commission de propagande prévue à l'article R. 382-43 est présidée par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 et comprend en outre quatre membres désignés respectivement par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la culture, le directeur de la circonscription régionale de La Poste et le responsable ci-dessus mentionné. Ce responsable désigne le secrétaire de la commission.

Article D382-14

La commission reçoit du service mentionné à l'article R. 155-1 les enveloppes nécessaires à l'expédition des circulaires et des bulletins de vote. Elle fait préparer le libellé de ces enveloppes. Elle est chargée de déterminer les emplacements d'affichage.

Article D382-15

Le président de la commission indique au mandataire de chaque liste les caractéristiques et le nombre maximum d'affiches, de circulaires et de bulletins qu'il est autorisé à faire imprimer ainsi

que les tarifs maxima d'impression.

Le mandataire de chaque liste remet au président de la commission les exemplaires imprimés de la circulaire et du bulletin au plus tard vingt-cinq jours avant le scrutin.

La commission n'est pas tenue d'assurer l'envoi des imprimés remis postérieurement à ce délai.

Les circulaires et bulletins dont le format, le libellé ou l'impression ne répondent pas aux prescriptions réglementaires ne sont pas acceptés par la commission.

Article D382-16

Il est remboursé à chaque liste ayant obtenu au moins 5 p. 100 des suffrages exprimés ou au moins un siège le coût du papier et les frais d'impression des circulaires, affiches et bulletins de vote prévus aux articles D. 382-11 et D. 382-12. Toutefois, seuls sont remboursés, sur présentation des pièces justificatives, les frais d'impression réellement exposés. La somme remboursée ne peut excéder celle résultant de l'application au nombre des imprimés admis à remboursement des tarifs fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les tarifs d'impression ne peuvent s'appliquer qu'à des circulaires et bulletins de vote sur papier blanc satiné de 56 grammes au mètre carré, aux normes Afnor II/1, et excluant tous travaux de photogravure tels que clichés, similis ou traits.

Section 2 : Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses

Sous-section 1 : Dispositions générales

Paragraphe 1 : Agents de direction

Article D382-17

Le directeur de la caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes est agréé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, sur proposition du conseil d'administration.

Article D382-18

Sur proposition du directeur, le ministre chargé de la sécurité sociale prononce l'agrément des agents de direction autres que l'agent comptable.

Paragraphe 2 : Dispositions comptables et financières

Article D382-19

Sur proposition du conseil d'administration, l'agent comptable de la caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes est agréé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article D382-20

Sont applicables à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes les articles D. 253-1 à D. 253-35 et D. 253-42 à D. 254-6.

Paragraphe 3 : Détachement temporaire à l'étranger

Article D382-21

La durée maximale du détachement prévue à l'article L. 382-16 est de trois ans renouvelable une fois.

Sous-section 2 : Assurance maladie

Article D382-22

Les membres des congrégations et collectivités religieuses peuvent opter pour le régime particulier défini au deuxième alinéa de l'article L. 382-21 soit lors de leur affiliation au régime général par application de la présente section soit, postérieurement à cette affiliation, à compter du premier jour du semestre suivant l'expiration d'un délai de trois mois à partir du dépôt de leur demande.

Article D382-23

L'option pour le régime particulier doit être formulée pour une durée de deux ans.

Pour continuer à bénéficier du régime au-delà de cette période, une nouvelle demande doit être formée auprès de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes trois mois avant l'expiration de ladite période.

Article D382-24

L'affiliation au régime particulier prend effet à la date d'effet de l'option telle qu'elle est fixée à l'article D. 382-23.

Le droit aux prestations prévues par ledit régime est ouvert dès cette date.

Il est subordonné à la justification du paiement des cotisations personnelles exigibles à la date à laquelle les soins sont dispensés.

Article D382-25

Les cotisations du régime particulier mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 382-21 sont fixées à 61 % des cotisations de droit commun.

Sous-section 3 : Assurance invalidité

Article D382-26

La pension d'invalidité est égale au produit du montant annuel du salaire minimum de croissance des dix années civiles d'assurance dont la prise en considération est la plus avantageuse pour l'assuré par le taux correspondant à la catégorie, telle que définie à l'article R. 382-111, dans laquelle l'assuré a été classé.

Le taux mentionné à l'alinéa précédent est égal à :

- a) 30 % pour les invalides classés dans la 1re catégorie ;
- b) 50 % pour les invalides classés dans la 2e catégorie ;
- c) 50 % pour les invalides de la 3e catégorie qui bénéficient par ailleurs de la majoration pour aide d'une tierce personne mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 382-24.

Lorsque l'assuré compte moins de dix années d'assurance, le calcul de la pension est effectué en retenant toutes les années d'assurance accomplies depuis l'immatriculation.

Le montant de la pension d'invalidité ne peut être inférieur au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

Article D382-27

Le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne est celui prévu à l'article R. 341-6.

Article D382-28

La pension d'invalidité peut être révisée en raison d'une modification de l'état d'invalidité de l'intéressé. Cette révision est annuelle pour les personnes classées en première et deuxième catégories. Cette périodicité est portée à trois ans pour les personnes classées en troisième catégorie.

Article D382-29

La pension d'invalidité peut être suspendue ou supprimée s'il est reconnu que l'intéressé ne remplit plus l'une des conditions prévues à l'article R. 382-110.

Sous-section 4 : Assurance vieillesse

Article D382-30

La pension est liquidée sur demande formulée par l'assuré.

L'entrée en jouissance de la pension allouée pour incapacité totale et définitive ne peut être fixée à une date antérieure au premier jour du mois civil suivant la date à partir de laquelle l'incapacité a été reconnue.

Article D382-31

Les périodes de perception de la pension d'invalidité définie à l'article L. 382-24 sont prises en compte comme périodes d'assurance pour l'ouverture et le calcul des droits à pension.

Article D382-32

L'âge limite prévu à l'article L. 382-26 est celui prévu par le 1° de l'article L. 351-8.

Article D382-33

Pour l'exercice de la faculté de versement des cotisations prévue à l'article L. 382-29, sont applicables les dispositions des articles D. 351-3 à D. 351-14 sous réserve des dispositions suivantes :

1° La référence au régime d'assurance vieillesse des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses est substituée à la référence au régime général de la sécurité sociale ;

2° Abrogé ;

3° Au dernier alinéa de l'article D. 351-4, la référence à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes visée à l'article L. 382-15 est substituée à la référence à la caisse visée à cet alinéa ;

4° Pour l'application de l'article D. 351-8 :

a) Au 1° et au 2° du I, les mots : "au salaire défini au 3° du présent article" sont remplacés par les mots : "au salaire défini en application des dispositions du 5° de l'article D. 382-33" ;

b) Les dispositions du 3° du I et du dernier alinéa du II ne sont pas applicables ;

c) Au c du II, le taux de 2,05 % est remplacé par le taux de 1,85 % et la mention de l'âge de soixante-deux ans est remplacée par celle de l'âge de soixante-six ans.

5° Pour l'application de l'article D. 351-9 :

a) Au 1°, les mots : " du plafond de la sécurité sociale " sont remplacés par les mots : "d'un salaire forfaitaire égal à la valeur annuelle du salaire minimum de croissance" et les mots : "des plafonds" sont remplacés par les mots : "des salaires forfaitaires" ;

b) Les septième à dixième alinéas du 4° relatifs à la définition du paramètre P sont ainsi rédigés :

"P est égal à la moyenne annuelle des salaires forfaitaires des vingt-cinq années précédant celle au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de soixante-deux ans ou, s'il a atteint cet âge, celle au cours de laquelle il présente sa demande, revalorisés selon les modalités prévues au 1° du présent article et égaux :

a) Pour les années antérieures à 1998, au total annuel du produit de la valeur du salaire minimum de croissance par la durée légale du travail définie sur le mois en vigueur au premier jour de chaque mois ;

b) Pour les années 1998 à 2005, au montant annuel du salaire fixé en application des dispositions de l'article R. 351-29-2 ;

c) Pour chacune des années postérieures, à douze fois le produit de la valeur du salaire minimum de croissance par la durée légale du travail définie sur le mois en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande ;" ;

c) Le seizième alinéa du 4° relatif à la définition du paramètre i est ainsi complété :

"et des dispositions du c du 4° de l'article D. 382-33" ;

d) Le dix-septième alinéa du 4° relatif à la définition du paramètre k est remplacé par les sept alinéas suivants :

"k est un coefficient dont la valeur varie en fonction de l'âge de l'assuré à la date à laquelle il est informé de l'acceptation de sa demande :

de 0 à 51 pour les assurés âgés de 66 ans ;

de 0 à 52 pour les assurés âgés de 65 ans ;

de 0 à 53 pour les assurés âgés de 64 ans ;
de 0 à 54 pour les assurés âgés de 63 ans ;
de 0 à 55 pour les assurés âgés de 62 ans ou moins ;"

e) Le dix-huitième alinéa du 4° relatif à la définition du paramètre A est remplacé par les sept alinéas suivants :

"A est l'âge de référence, fixé en fonction de l'âge de l'assuré à la date à laquelle il présente sa demande à :

66 ans pour les assurés âgés de 66 ans ;
65 ans pour les assurés âgés de 65 ans ;
64 ans pour les assurés âgés de 64 ans ;
63 ans pour les assurés âgés de 63 ans ;
62 ans pour les assurés âgés de 62 ans ou moins".

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 1 : Généralités - Dispositions propres à certains bénéficiaires

Chapitre 2 : Champ d'application - Dispositions applicables aux salariés liés par un contrat de travail temporaire et à diverses catégories de bénéficiaires

Section 3 : Dispositions applicables à diverses catégories de bénéficiaires.

Article D412-1

Les ministres mentionnés aux 4° et 5° de l'article L. 412-8 sont le ministre chargé de la sécurité sociale, le garde des sceaux, ministre de la justice et le ministre chargé du budget.

Sous-section 2 : Elèves et étudiants.

Article D412-2

Les dispositions de la présente sous-section s'appliquent aux élèves et étudiants inscrits dans les établissements ou classes mentionnés ci-après, lorsqu'ils suivent dans ces établissements ou classes une scolarité ou un enseignement qui ne relève ni de l'apprentissage au sens du titre Ier du livre Ier du code du travail ni de la formation professionnelle continue au sens du livre IX dudit code.

Article D412-3

Le a) du 2° de l'article L. 412-8 s'applique exclusivement aux élèves et étudiants des classes et

établissements publics et privés de l'enseignement technique suivants, placés sous le contrôle du ministre chargé de l'éducation nationale :

1°) sections d'éducation spécialisée des collèges et écoles nationales de perfectionnement ;

2°) classes préprofessionnelles de niveau, classes préparatoires à l'apprentissage et autres classes des lycées d'enseignement professionnel ;

3°) lycées techniques : classes de seconde spécifique, de seconde spéciale, enseignements technologiques spécialisés de la classe de seconde ; classes de première et terminale préparant au brevet et au baccalauréat de technicien ; sections préparant au brevet de technicien supérieur ; autres classes technologiques postérieures au baccalauréat ; sections techniques des lycées polyvalents ;

4°) sections assurant des formations complémentaires d'initiative locale ;

5°) instituts universitaires de technologie ; écoles et instituts nationaux délivrant un diplôme d'ingénieur : écoles nationales d'ingénieurs, écoles nationales supérieures d'ingénieurs, instituts nationaux de sciences appliquées et instituts nationaux polytechniques, université technologique de Compiègne, Conservatoire national des arts et métiers et ses centres associés ;

6°) classes et établissements secondaires ou supérieurs assurant un enseignement sanctionné par les diplômes auxquels préparent les établissements ou classes mentionnés du 1° au 5° ci-dessus.

Article D412-4

Le b. du 2° de l'article L. 412-8 s'applique aux élèves et étudiants des classes ou établissements ci-après :

1°) classes du premier cycle et du second cycle des établissements publics ou privés régulièrement déclarés de l'enseignement secondaire ;

2°) classes ou établissements publics ou privés régulièrement déclarés de l'enseignement supérieur ou de l'enseignement spécialisé placé sous le contrôle pédagogique de l'Etat ou des collectivités territoriales ;

3°) classes ou établissements publics ou privés d'enseignement professionnel pour handicapés : instituts médico-professionnels, Institut national des jeunes sourds, Institut national des jeunes aveugles ;

4°) classes ou établissements publics ou privés régulièrement déclarés, préparatoires à un diplôme d'activités physiques et sportives.

Article D412-5

Est considéré comme atelier ou laboratoire, pour l'application du b. du 2° de l'article L. 412-8, tout lieu dans lequel est dispensé un enseignement pratique qui expose les élèves et étudiants à des risques d'accident du fait de l'utilisation, de la manipulation ou du contact de matériels, matériaux ou substances nécessaires à l'enseignement.

La pratique de disciplines physiques ou sportives n'est assimilée à un travail en atelier ou en laboratoire que lorsqu'elle s'intègre dans un enseignement sanctionné par un diplôme spécifique à ces disciplines.

Sont également assimilés à des travaux en atelier ou en laboratoire les stages pratiques qui se déroulent sur les mêmes lieux que l'enseignement.

Article D412-5-1

Le f du 2° de l'article L. 412-8 s'applique aux élèves et étudiants des classes et établissements publics et privés non mentionnés aux articles D. 412-3 et D. 412-4 effectuant un stage faisant l'objet d'une convention tripartite.

Article D412-6

Les stages mentionnés aux a) et b) du 2° de l'article L. 412-8 sont ceux qui figurent au programme de l'enseignement et qui sont destinés à mettre en pratique, hors de l'établissement, l'enseignement dispensé par celui-ci, sous réserve qu'ils ne donnent pas lieu au versement d'une rémunération au sens de l'article L. 242-1.

Les stages mentionnés au f du 2° de l'article L. 412-8 sont ceux, non mentionnés aux a et b, qui font l'objet d'une convention tripartite, sous réserve qu'ils ne donnent pas lieu au versement d'une rémunération au sens de l'article L. 242-1.

Sous-section 5 : Pupilles de la protection judiciaire de la jeunesse.

Article D412-7

Sont considérés comme pupilles de la protection judiciaire de la jeunesse, au sens du 4° de l'article L. 412-8, les personnes confiées par décision de justice, en application de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945, des articles 375 et suivants du code civil, ou du décret n° 75-96 du 18 février 1975, à des services éducatifs publics ou privés relevant du ministère de la justice.

Les jeunes placés chez un employeur par les établissements ou institutions mentionnés à l'alinéa précédent, quelle que soit leur résidence, bénéficient de la législation sociale applicable aux

travailleurs employés dans les mêmes conditions.

S'ils ne remplissent pas les conditions pour bénéficier de cette législation, les dispositions des articles suivants leur sont applicables.

Article D412-8

Le travail commandé, au sens du 4° de l'article L. 412-8, s'entend de tout travail rémunéré ou non, quelle qu'en soit la nature, auquel le pupille est astreint par l'établissement ou la personne qui a autorité sur lui.

Article D412-9

Les fonctionnaires et agents de contrôle des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ainsi que les ingénieurs-conseils et les contrôleurs de sécurité régulièrement accrédités sont obligatoirement assistés du directeur de l'établissement ou de son représentant pour procéder aux enquêtes prévues à l'article L. 422-3.

Le cas échéant, ces enquêtes doivent être effectuées en relation avec les services de prévention de la mutualité sociale agricole.

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ou les caisses de mutualité sociale agricole peuvent recommander aux établissements et institutions recevant des pupilles de la protection judiciaire de la jeunesse de prendre toutes mesures qu'elles jugent utiles concernant l'hygiène et la sécurité des pupilles dans leur travail.

Article D412-10

Le directeur de l'établissement est tenu de fournir aux organismes susmentionnés tous renseignements qui lui sont demandés sur l'accident et les prestations qu'a pu recevoir la victime.

Article D412-11

La charge [*financière*] des prestations et indemnités afférentes à la période d'incapacité temporaire postérieure à la date à partir de laquelle la victime perd la qualité de pupille de la protection judiciaire de la jeunesse incombe à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est situé l'établissement auquel la victime est ou était en dernier lieu confiée [*organisme compétent*].

Il en est de même des prestations et indemnités prévues respectivement aux articles L. 432-5 à L. 432-10, lorsqu'elles sont attribuées postérieurement au départ du pupille.

Les prestations et indemnités mentionnées aux alinéas précédents sont servies à la victime, pour le compte de la caisse primaire d'assurance maladie qui en a la charge, par la caisse primaire dont relève la victime ou par la caisse primaire dans la circonscription de laquelle sont donnés les soins.

La charge des prestations et indemnités dues en cas d'incapacité permanente ou de décès incombe à la caisse primaire mentionnée au premier alinéa du présent article.

Article D412-12

Le service des prestations et indemnités autres que celles résultant de l'application de l'article précédent incombe à l'établissement ou à l'institution auquel a été confié le pupille.

Article D412-13

Une cotisation forfaitaire destinée à la couverture des charges prévues à l'article D. 412-11 est versée par l'établissement d'affectation pour tout pupille. Le montant de cette cotisation est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre chargé du budget et du ministre de l'agriculture.

Article D412-14

Les formalités de déclaration prévues par les articles L. 441-2 et suivants sont effectuées à la caisse primaire d'assurance maladie par le directeur de l'établissement.

La déclaration à la caisse primaire peut être faite par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de la deuxième année qui suit l'accident.

Article D412-15

Le médecin attaché à l'établissement ou, d'une manière plus générale, le praticien appelé à donner des soins à la victime établit en double exemplaire un certificat indiquant l'état de celle-ci et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles, en particulier la durée probable de l'incapacité de travail si les conséquences ne sont pas exactement connues. Il remet un de ces certificats au directeur de l'établissement qui en fait parvenir sans délai copie à la caisse primaire. Le second est délivré à la victime.

Lors de la guérison de la blessure sans incapacité permanente ou, s'il y a incapacité permanente, au moment de la consolidation, un certificat médical précisant les conséquences définitives, si celles-ci n'avaient pas été antérieurement constatées, est établi en double exemplaire par le médecin attaché à

l'établissement ou par le praticien qui a donné des soins, suivant le cas.

Celui-ci remet l'un de ces certificats au directeur qui en adresse lui-même et sur-le-champ copie à la caisse primaire. Le second est délivré à la victime avec les pièces ayant servi à l'établir.

Article D412-16

Lorsque la victime perd la qualité de pupille de la protection judiciaire de la jeunesse avant la guérison ou la consolidation de la blessure, une feuille d'accident conforme aux prescriptions de l'article L. 441-5 lui est délivrée par la caisse primaire d'assurance maladie de sa résidence où elle doit obligatoirement se présenter pour être prise en charge.

A la fin du traitement ou dès que la feuille d'accident est entièrement utilisée, la victime adresse celle-ci à la caisse primaire d'assurance maladie qui l'a prise en charge. La caisse primaire délivre à la victime, s'il y a lieu, une nouvelle feuille d'accident.

Le médecin de l'établissement communique au médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, sur sa demande, tous renseignements utiles concernant les soins antérieurement donnés à la victime.

Article D412-23

La caisse primaire peut, dès qu'elle a connaissance de l'accident, faire procéder à un examen de la victime par un médecin conseil.

S'il y a désaccord entre le médecin conseil et le médecin de l'établissement ou le médecin traitant sur l'état de la victime, et notamment sur une question d'ordre médical touchant le caractère professionnel de la lésion ou de la maladie, ou si la victime en fait la demande expresse, il est procédé à un nouvel examen par un expert, conformément aux dispositions applicables à l'expertise médicale dans les régimes spéciaux de sécurité sociale.

Lorsque la caisse primaire est en désaccord avec l'établissement sur le droit à réparation ou sur la date de consolidation de la blessure fixée comme il est dit à l'article D. 412-29, elle peut se substituer à la victime pour porter le différend devant la juridiction compétente.

Article D412-24

Les conditions dans lesquelles le pupille de la protection judiciaire de la jeunesse victime d'un accident du travail au cours ou à l'occasion de l'exécution d'un travail commandé a droit aux prestations, remboursements de frais et indemnités prévus par le présent livre sont déterminées par les articles suivants.

Article D412-25

Les articles L. 431-1 et L. 432-1 à L. 432-10 sont applicables à la victime qui a perdu la qualité de pupille de la protection judiciaire de la jeunesse au cours de la période d'incapacité temporaire, en ce qui concerne les soins reçus et les frais exposés après la fin de la mesure éducative.

Ces prestations sont supportées, conformément aux dispositions des articles D. 412-11 à D. 412-13, par les caisses primaires d'assurance maladie.

Article D412-26

Les soins médicaux sont donnés au pupille par le personnel médical attaché à l'établissement ou désigné par le directeur, soit à la demande de la victime ou de son représentant légal, soit d'office.

Article D412-27

Lorsque le pupille paraît devoir bénéficier des dispositions des articles L. 432-6 à L. 432-10, le directeur de l'établissement saisit la juridiction compétente en vue d'une modification de garde.

Article D412-28

Lorsque la victime perd la qualité de pupille de la protection judiciaire de la jeunesse avant sa guérison ou la consolidation de sa blessure, elle a droit à l'indemnité journalière à compter du jour où la mesure éducative prend fin, sous réserve de l'obligation qui lui est faite de se présenter à la caisse primaire d'assurance maladie de sa résidence pour obtenir sa prise en charge, après contrôle de ladite caisse. Le jour où la mesure éducative prend fin est assimilé au jour de l'arrêt de travail consécutif à l'accident, pour le calcul de l'indemnité journalière.

Article D412-29

Le directeur de l'établissement fixe la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure d'après l'avis du médecin. En cas de désaccord, la date de guérison ou de consolidation est fixée d'après l'avis d'un expert conformément à la réglementation en vigueur en matière d'expertise médicale dans les régimes spéciaux de sécurité sociale.

Lorsque la victime a perdu la qualité de pupille de la protection judiciaire de la jeunesse, cette date est fixée par la caisse primaire d'assurance maladie dont relève l'intéressé, après avis du médecin traitant.

Article D412-30

Le salaire servant de base au calcul des indemnités dues au pupille ou à ses ayants droit est le salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi qualifié dans laquelle ou lequel le pupille aurait normalement été classé à la fin de la mesure éducative.

Article D412-31

Aucune avance sur rente ne peut être accordée au jeune dans les conditions prévues par l'article R. 434-33 tant qu'il demeure pupille de la protection judiciaire de la jeunesse.

Les ayants droit du pupille victime d'un accident mortel peuvent demander à la caisse primaire que leur soit attribuée immédiatement une allocation provisionnelle dans les conditions prévues par l'article R. 434-18.

Article D412-32

La caisse primaire d'assurance maladie sert directement au pupille, à compter du jour où il est rayé des contrôles de l'établissement, les arrérages de la rente à laquelle il a droit.

Pendant tout le temps où la victime demeure pupille de la protection judiciaire de la jeunesse, la caisse primaire verse le montant des arrérages à un compte de dépôt ouvert à la demande du directeur de l'établissement au nom de l'intéressé.

Article D412-33

Pour l'application de l'article L. 443-1, le contrôle médical du mineur est exercé par le médecin de l'établissement et par les médecins conseils de la caisse primaire.

Ces praticiens se communiquent réciproquement les constatations qu'ils sont amenés à faire.

Le directeur de l'établissement donne immédiatement avis à la caisse primaire de toute atténuation ou aggravation de l'infirmité de la victime ou de son décès par suite des conséquences de l'accident.

Article D412-34

Sous réserve des dispositions de la présente sous-section, le titre VI du présent livre est applicable

aux pupilles atteints de maladies professionnelles. Pour les jeunes placés dans un établissement dispensant une formation professionnelle aux métiers de l'agriculture, de la forêt, de la nature et des territoires, les maladies professionnelles sont celles qui sont mentionnées aux tableaux annexés au décret n° 55-806 du 17 juin 1955. Les obligations de l'employeur incombent au directeur de l'établissement ou de l'institution.

Article D412-35

Le directeur met à la disposition de la victime l'imprimé nécessaire à la déclaration.

Le certificat médical constatant la guérison ou la consolidation de l'état du malade ou indiquant les conséquences définitives est, comme le certificat initial prévu par l'article L. 461-5, établi en trois exemplaires qui reçoivent les mêmes destinations.

Sous-section 6 : Détenus.

Article D412-36

Les détenus exécutant un travail sont ceux qui y ont été admis sur leur demande.

Article D412-37

Tout travail d'un détenu mentionné à l'article D. 412-36, quelle qu'en soit la nature, lorsqu'il est rémunéré en espèces conformément aux règlements pénitentiaires, est un travail pénal.

Les dispositions de l'article L. 411-2 sont applicables aux accidents survenus au cours de déplacements accomplis par le détenu conformément aux règlements pénitentiaires, pour se rendre au lieu du travail.

Article D412-38

La charge des prestations et indemnités afférentes à la période d'incapacité temporaire postérieure à la libération du détenu, lorsque celle-ci intervient soit avant la guérison ou la consolidation de la blessure, soit au cours d'une rechute, incombe à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est situé l'établissement pénitentiaire où la victime est ou était en dernier lieu détenue, quel que soit le lieu effectif du travail ayant occasionné l'accident.

Il en est de même des prestations et indemnités prévues respectivement aux articles L. 432-5 à L.

432-10, lorsqu'elles sont attribuées postérieurement à la libération du détenu.

Les prestations et indemnités mentionnées aux alinéas précédents sont servies à la victime, pour le compte de la caisse primaire qui en a la charge, par la caisse primaire d'assurance maladie dont relève la victime ou par la caisse primaire dans la circonscription de laquelle lui sont donnés les soins.

La charge des prestations et indemnités dues en cas d'incapacité permanente ou de décès incombe à la caisse primaire mentionnée au premier alinéa du présent article.

Article D412-39

Le service des prestations et indemnités dues conformément aux dispositions de la présente sous-section, autres que celles résultant de l'application de l'article précédent, incombe à la caisse primaire visée à l'article D. 412-38.

Article D412-40

Lorsque le travail est exécuté par voie de régie directe, une cotisation destinée à la couverture des charges prévues aux articles D. 412-38 et D. 412-39 est versée par l'administration pénitentiaire.

Le taux de cette cotisation est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre chargé du budget.

La cotisation est assise sur le volume total des salaires bruts des détenus occupés par l'établissement pénitentiaire.

Article D412-41

Lorsque le travail est exécuté par voie de concession, le concessionnaire paie la cotisation à l'administration pénitentiaire.

La cotisation est assise sur le montant total des rémunérations versées par le concessionnaire à l'administration pénitentiaire, réparti, le cas échéant, par catégorie de risques.

Les taux de cotisation sont déterminés dans les conditions définies par l'arrêté mentionné à l'article D. 412-40.

Article D412-42

Les fonctionnaires et agents de contrôle des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, ainsi que les ingénieurs conseils et les contrôleurs de sécurité régulièrement accrédités, sont obligatoirement assistés du chef de l'établissement pénitentiaire ou de son représentant pour procéder aux enquêtes prévues à l'article L. 422-3.

La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut présenter au chef de l'établissement pénitentiaire toutes suggestions qu'elle juge utiles concernant l'hygiène et la sécurité. En aucun cas, elle ne peut prendre à l'encontre de l'établissement pénitentiaire les mesures mentionnées à l'article L. 422-4.

Article D412-43

Les dispositions relatives à la prévention et figurant sous le titre II du présent livre sont applicables lorsque le travail est exécuté par voie de concession.

Toutefois, les enquêtes prévues par l'article L. 422-3 doivent faire l'objet d'une entente préalable avec le chef de l'établissement pénitentiaire intéressé et les résultats lui en être communiqués.

La caisse doit consulter le chef de l'établissement pénitentiaire sur la question de savoir si les mesures de prévention nécessaires sont compatibles avec l'exécution de la peine avant de faire toutes recommandations utiles sur les dispositions à prendre.

Lorsque le travail est exécuté par voie de régie directe, les enquêtes prévues à l'article L. 422-3 sont effectuées par les ingénieurs conseils et les contrôleurs de sécurité des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail accompagnés d'un inspecteur du travail, et assistés du chef de l'établissement pénitentiaire intéressé.

Article D412-44

Les formalités de déclaration d'accident, prévues par l'article L. 441-2 sont effectuées par le chef de l'établissement pénitentiaire lorsque le travail est exécuté en régie.

Le concessionnaire est tenu de déclarer l'accident du travail au chef de l'établissement pénitentiaire qui doit établir la déclaration dans les conditions prévues à l'article L. 441-2.

La déclaration à la caisse primaire d'assurance maladie peut être faite par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de la deuxième année qui suit l'accident [*délai*].

Lorsque l'accident entraîne ou paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente du travail, le chef de l'établissement pénitentiaire où la victime est détenue en informe sans délai la caisse primaire.

Article D412-45

Le praticien hospitalier établit en double exemplaire un certificat indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles, en particulier, la durée probable de l'incapacité de travail si les conséquences ne sont pas exactement connues. Il remet un de ces certificats au chef de l'établissement pénitentiaire qui en adresse sans délai copie à la caisse primaire d'assurance maladie. Le second est délivré à la victime.

Lors de la guérison de la blessure sans incapacité permanente ou, s'il y a incapacité permanente, au moment de la consolidation, un certificat médical précisant les conséquences définitives, si celles-ci n'avaient pas été antérieurement constatées, est établi en double exemplaire par le praticien hospitalier. Ce dernier remet l'un de ces certificats au chef de l'établissement pénitentiaire qui en adresse, lui-même et sur-le-champ, copie à la caisse primaire. Le second est délivré à la victime avec les pièces ayant servi à son établissement.

Article D412-46

Lorsque la victime est libérée avant la guérison ou la consolidation de la blessure, une feuille d'accident conforme aux prescriptions de l'article L. 441-5 lui est délivrée par la caisse primaire d'assurance maladie de sa résidence à laquelle elle devra obligatoirement se présenter pour être prise en charge.

A la fin du traitement ou dès que la feuille d'accident est entièrement utilisée, la victime adresse celle-ci à la caisse primaire d'assurance maladie qui l'a prise en charge et qui délivre à la victime, s'il y a lieu, une nouvelle feuille d'accident.

Le praticien hospitalier communique au médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, sur sa demande, tous renseignements utiles concernant les soins antérieurement donnés à la victime.

L'administration pénitentiaire doit également fournir aux caisses d'assurance maladie intéressées tous renseignements qui lui sont demandés.

Article D412-54

La caisse primaire d'assurance maladie peut, dès qu'elle a connaissance de l'accident, faire procéder à un examen de la victime par un médecin conseil.

S'il y a désaccord entre le médecin conseil et le praticien hospitalier sur l'état de la victime et notamment sur une question d'ordre médical touchant au caractère professionnel de la lésion ou de la maladie ou si la victime en fait la demande expresse, il est procédé à un nouvel examen par un expert conformément aux dispositions relatives à l'expertise médicale dans les régimes spéciaux de sécurité sociale.

Lorsque la caisse primaire d'assurance maladie est en désaccord avec l'administration pénitentiaire sur le droit à réparation ou sur la date de consolidation de la blessure fixée comme il est dit à l'article D. 412-63, elle peut se substituer à la victime pour porter le différend devant la juridiction compétente.

Article D412-56

Le détenu mentionné au 5° de l'article L. 412-8 ne peut, pendant la durée de la détention, obtenir communication des pièces de procédure pénale que sous réserve d'observer les formalités prévues par les articles R. 155 et suivants du code de procédure pénale.

Article D412-57

Les conditions dans lesquelles le détenu victime d'un accident du travail a droit aux prestations, remboursement de frais et indemnités prévus par le présent livre sont déterminées par les articles ci-après.

Article D412-58

Les articles L. 431-1 et L. 432-1 à L. 432-10 sont applicables aux détenus libérés au cours de la période d'incapacité temporaire, en ce qui concerne les soins reçus et les frais exposés après la date de libération.

Ces prestations sont supportées, conformément aux dispositions des articles D. 412-36 à D. 412-43 par les caisses primaires d'assurance maladie.

Article D412-59

Avant la libération, la victime ne peut faire choix de son médecin, de son pharmacien ou des auxiliaires médicaux dont l'intervention est prescrite par le médecin.

Les soins médicaux sont donnés par le praticien hospitalier ou selon ses prescriptions.

Article D412-60

Le droit d'être admis dans un établissement public ou privé de rééducation professionnelle ou d'être placé chez un employeur pour y apprendre l'exercice d'une profession de son choix ne sera ouvert au détenu devenu inapte à exercer sa profession qu'à compter de sa libération.

Il en est de même lorsque le traitement spécial en vue de la réadaptation fonctionnelle auquel la victime peut prétendre comporte l'admission dans un établissement public ou dans un établissement autorisé conformément aux dispositions de l'article L. 432-7.

Les restrictions prévues aux premier et deuxième alinéas ne sont pas applicables au détenu qui est admis par le juge de l'application des peines, à bénéficier d'un placement individuel à l'extérieur dans les conditions prévues par l'article D. 131 du code de procédure pénale.

Article D412-61

Dans le cas où la victime a été admise par le juge de l'application des peines à bénéficier d'un placement individuel à l'extérieur dans les conditions prévues par l'article D. 131 du code de procédure pénale, l'indemnité journalière peut faire l'objet en tout ou en partie d'une délégation de paiement au profit du conjoint ou des ayants droit de la victime ; à défaut, elle est versée à l'établissement pénitentiaire qui en créditera intégralement le pécule disponible du détenu.

Article D412-62

Lorsque la victime est libérée avant sa guérison ou la consolidation de sa blessure, elle a droit à l'indemnité journalière à compter du jour de sa libération conditionnelle ou définitive, sous réserve de l'obligation qui lui est faite de se présenter à la caisse primaire d'assurance maladie de sa résidence pour obtenir sa prise en charge, après avoir subi le contrôle de ladite caisse.

Le jour de la libération est assimilé au jour de l'arrêt de travail consécutif à l'accident, pour le calcul de l'indemnité journalière.

Le droit à l'indemnité journalière, prévu au premier alinéa du présent article, sera suspendu dans le cas où la victime serait écrouée à nouveau pour quelque cause que ce soit dans un établissement pénitentiaire, pendant la période d'incapacité temporaire, et ce sur avis donné à la caisse primaire d'assurance maladie par le chef de l'établissement pénitentiaire.

Article D412-63

Le chef de l'établissement pénitentiaire fixe la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure d'après l'avis du praticien hospitalier pendant la détention. En cas de désaccord, la date de guérison ou de consolidation est fixée d'après l'avis d'un expert, conformément aux dispositions relatives à l'expertise médicale dans les régimes spéciaux de la sécurité sociale.

Après la libération, cette date est fixée par la caisse primaire d'assurance maladie dont relève l'intéressé, après avis du médecin traitant.

Article D412-64

Le salaire servant de base au calcul de la rente due au détenu atteint d'une incapacité permanente ou aux ayants droit du détenu victime d'un accident mortel s'entend de la rémunération effective totale attribuée à la victime à l'occasion du travail pénal ou dans son ou ses emplois antérieurs, pendant la période et dans les conditions prévues aux articles R. 434-29, R. 434-30 et R. 436-1.

Article D412-65

Aucune avance sur rente ne peut être accordée au détenu dans les conditions prévues par l'article R. 434-33 pendant la durée de la détention.

Les ayants droit du détenu victime d'un accident mortel peuvent demander à la caisse primaire d'assurance maladie que leur soit attribuée immédiatement une allocation provisionnelle dans les conditions prévues par l'article R. 434-18.

Article D412-66

La caisse primaire d'assurance maladie sert directement au détenu, à compter de sa libération conditionnelle ou définitive, les arrérages de la rente à laquelle il a droit.

Pendant la durée de la détention, la caisse primaire d'assurance maladie verse à l'établissement pénitentiaire auquel appartient le détenu atteint d'une incapacité permanente le montant des arrérages de la rente. Les sommes suivent les modalités de répartition du produit du travail des détenus fixées par les règlements pénitentiaires.

Article D412-67

Pour l'application de l'article L. 443-1, le contrôle médical pendant la durée de la détention est communément exercé par le médecin de l'administration pénitentiaire et par les médecins conseils de la caisse primaire d'assurance maladie.

Ces praticiens se communiquent réciproquement les constatations qu'ils sont amenés à faire.

Le chef de l'établissement pénitentiaire intéressé donne immédiatement avis à la caisse régionale de toute atténuation ou aggravation de l'infirmité de la victime ou de son décès par suite des conséquences de l'accident, dont il peut avoir connaissance au cours de la détention.

Article D412-68

Les conditions dans lesquelles le titre III et le titre VI du présent livre sont applicables aux détenus, sont déterminées par les articles suivants.

Article D412-69

Lorsque le travail est exécuté par voie de régie, les obligations de l'employeur incombent au chef de l'établissement pénitentiaire intéressé.

Article D412-70

Lorsque le travail est exécuté par voie de concession, l'employeur adresse la déclaration imposée par l'article L. 461-4 dans les formes prévues à l'article R. 461-4 :

1°) à la caisse primaire d'assurance maladie ;

2°) au chef de l'établissement pénitentiaire intéressé ;

3°) à l'inspecteur du travail ou au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.

Toutefois, lorsque l'employeur a déjà fait cette déclaration en vertu des dispositions mentionnées au premier alinéa, il en informe seulement le chef de l'établissement pénitentiaire en précisant la date de sa déclaration.

Article D412-71

L'administration pénitentiaire met à la disposition de la victime l'imprimé nécessaire à l'établissement de sa déclaration.

Le certificat médical constatant la guérison ou la consolidation de l'état du malade ou indiquant les conséquences définitives est, comme le certificat initial prévu par l'article L. 461-5, établi en trois exemplaires qui reçoivent les mêmes destinations.

Sous-section 7 : Personnes condamnées à exécuter un travail d'intérêt général ou effectuant un travail non rémunéré au profit de la collectivité.

Article D412-72

Les personnes mentionnées au 5° de l'article L. 412-8 sont :

1° Les personnes condamnées à un travail d'intérêt général en application des articles 131-8, 131-17, deuxième alinéa, et 132-54 du code pénal ;

2° Les personnes effectuant un travail non rémunéré au profit de la collectivité dans le cadre d'une composition pénale en application des articles 41-2 (6°) et 41-3 du code de procédure pénale.

Article D412-73

Sont garantis les accidents survenus quelle qu'en soit la cause par le fait ou à l'occasion du travail exécuté selon les modalités déterminées par le magistrat compétent.

Doivent également être considérés comme survenus à l'occasion du travail, les accidents dont pourraient être victimes les personnes mentionnées à l'article D. 412-72 pendant les trajets définis par l'article L. 411-2.

Article D412-74

L'exécution des obligations de l'employeur relatives notamment à l'affiliation des personnes mentionnées à l'article D. 412-72, au versement des cotisations et à la déclaration de l'accident, incombe au directeur interrégional des services pénitentiaires.

Sans préjudice des obligations qui lui incombent à l'égard de son employeur en exécution de l'article L. 441-1, la victime d'un accident du travail doit en informer ou en faire informer le service utilisateur.

Le service utilisateur doit déclarer dans les 24 heures au directeur interrégional des services pénitentiaires tout accident dont il a eu connaissance et dont a été victime un condamné mis à sa disposition.

Article D412-75

Le salaire servant de base au calcul des rentes dues en cas de décès ou pour une incapacité permanente supérieure ou égale au seuil fixé à l'article L. 434-16 est égal au salaire minimum prévu à l'article précité. Le montant retenu est celui en vigueur soit à la date de l'arrêt de travail résultant de l'accident, de la rechute ou de l'aggravation, soit, en l'absence d'arrêt de travail, à la date de la constatation de l'incapacité permanente.

Article D412-76

Le salaire servant de base au calcul des indemnités dues en cas d'incapacité temporaire est égal au salaire minimum de croissance tel qu'il est en vigueur à la date de l'accident ou de la rechute.

Article D412-77

Une cotisation forfaitaire destinée à la couverture des charges prévues aux articles précédents de la présente sous-section est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du garde des sceaux, ministre de la justice.

Le salaire servant de base au calcul de cette cotisation est égal au salaire annuel minimum mentionné à l'article L. 434-16.

Sous-section 8 : Membres bénévoles des organismes sociaux.

Article D412-78

Pour l'application du 6° de l'article L. 412-8 :

1°) ne peuvent être considérés comme organismes à objet social ceux dont l'objet est de réaliser des bénéfices ;

2°) sont regardées comme participant bénévolement au fonctionnement de l'organisme les personnes élues ou désignées pour exercer à titre bénévole les fonctions définies à l'article D. 412-79.

Article D412-79

I. ORGANISMES LIES AUX INSTITUTIONS DE PREVOYANCE, DE SECURITE SOCIALE OU DE MUTUALITE

Les fonctions mentionnées à l'article D. 412-78 sont les suivantes :

A.-En ce qui concerne le régime général de sécurité sociale :

membres des conseils d'administration ou conseil des caisses nationales de l'assurance maladie, des allocations familiales, d'assurance vieillesse, de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale,

de l'union des caisses nationales de sécurité sociale, des organismes agréés mentionnés à l'article R. 382-6 du présent code, des caisses primaires d'assurance maladie, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, des unions de recouvrement, des caisses générales pour les départements d'outre-mer, des caisses d'allocations familiales, des unions ou fédérations des caisses, des comités ou commissions fonctionnant auprès de ces conseils d'administration ou conseil.

B.-En ce qui concerne les organisations spéciales et régimes spéciaux de sécurité sociale :

1°) membres des commissions ou comités constitués en application du présent code et, conformément aux dispositions qui les régissent, auprès des administrations, services, offices et établissements publics de l'Etat (autres que les établissements publics à caractère industriel ou commercial) qui versent directement à leurs personnels les prestations d'accidents du travail ;

2°) membres des commissions ou comités constitués en application du présent code et, conformément aux dispositions qui les régissent, auprès des administrations départementales ou communales et des établissements publics départementaux et communaux (autres que les établissements publics à caractère industriel ou commercial) qui sont autorisés à assurer directement la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les conditions prévues par le décret n° 56-511 du 24 mai 1956 ;

3°) membres des conseils d'administration, comités et commissions constitués au titre des législations de sécurité sociale et, conformément aux dispositions qui les régissent respectivement, auprès :

a. des organismes spéciaux à certaines branches d'activités, collectivités ou entreprises qui assument directement la charge totale ou partielle de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

b. de la Société nationale des chemins de fer français ;

c. des chemins de fer d'intérêt général secondaire et d'intérêt local et des tramways ;

d. de la Régie autonome des transports parisiens ;

e. des entreprises soumises au statut des industries électriques et gazières ;

f. de la compagnie générale des eaux ;

g. de la Banque de France ;

h. du Théâtre national de l'Opéra de Paris et de la Comédie Française ;

i. des régimes spéciaux mentionnés à l'article R. 711-24 ;

4°) membres des conseils d'administration de la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, des sociétés de secours minières et de leurs unions régionales, membres des comités ou commissions fonctionnant auprès de ces conseils d'administration ;

5°) membres des conseils d'administration, comités ou commissions constitués pour l'application du présent code ou pour la gestion d'un régime spécial mentionné par celui-ci et conformément aux dispositions qui les régissent, auprès de toutes autres collectivités ou organismes qui assument en tout ou partie des attributions dévolues aux caisses et aux services ci-dessus énumérés ;

6°) membres des commissions régionales et de la commission nationale prévues à l'article R. 162-23.

C. En ce qui concerne les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés mentionnés à l'article L. 621-3 :

membres des conseils d'administration des caisses constituées pour l'application des régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés ; membres des comités et commissions fonctionnant auprès de ces conseils d'administration.

D.-En ce qui concerne le régime d'assurance maladie et maternité :

membres des conseils d'administration de la caisse nationale et des caisses de base mentionnées à l'article L. 611-3 ; membres des comités ou commissions fonctionnant auprès desdits conseils d'administration.

E.-En ce qui concerne les commissions médico-sociales paritaires nationales et départementales fonctionnant dans le cadre des conventions conclues avec les professions médicales et paramédicales :

représentants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, membres desdites commissions.

F.-En ce qui concerne l'institut de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles :

membres du conseil d'administration de cet institut .

G.-En ce qui concerne les institutions de prévoyance ou de sécurité sociale établies dans le cadre d'une ou plusieurs entreprises et ayant reçu l'autorisation du ministre du travail :

membres des conseils d'administration, comités ou commissions chargés de ou participant à la gestion de ces institutions.

H.-En ce qui concerne l'organisation de la mutualité :

1°) membres des conseils d'administration des sociétés mutualistes, de leurs unions et fédérations, des comités et commissions constitués auprès de ces conseils d'administration ;

2°) membres des comités départementaux de coordination de la mutualité.

II. ORGANISMES LIES A LA PROTECTION SOCIALE ET A LA SANTE PUBLIQUE

Les fonctions mentionnées à l'article D. 412-78 sont les suivantes :

A.-En ce qui concerne le régime national interprofessionnel d'allocations spéciales aux travailleurs sans emploi de l'industrie et du commerce (ordonnance n° 84-198 du 21 mars 1984, arrêté du 28 mars 1984) :

membres :

de la commission paritaire nationale instituée par l'article 2 de la convention du 24 février 1984 ;

des conseils d'administration, commissions ou comités fonctionnant au sein des organismes créés en vertu de l'article 4 de la convention précitée, pour gérer le régime national interprofessionnel d'allocations spéciales aux travailleurs sans emploi de l'industrie et du commerce, savoir : de l'union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNEDIC) et de l'institution nationale publique mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail .

B.-En ce qui concerne l'organisation de la formation professionnelle des adultes (AFPA) (décret du 9 novembre 1946, modifié) :

membres de l'assemblée générale et du conseil d'administration de l'AFPA ;

membres exerçant un mandat à caractère permanent des commissions nationales paritaires professionnelles de la formation professionnelle des adultes.

C.-En ce qui concerne l'organisation de la médecine du travail prévue par les articles L. 4621-1, L. 4622-1, R. 4621-1, R. 4626-1, D. 4622-1 à D. 4622-3 du code du travail :

membres des conseils d'administration, commissions ou comités des associations médicales interentreprises de médecine du travail.

D.-En ce qui concerne les institutions de protection de la santé publique et d'hygiène sociale :

membres du conseil d'administration de l'institut national de la santé et de la recherche médicale ainsi que des conseils et comités institués pour le fonctionnement des institutions créées au sein dudit institut ;

membres du conseil d'administration et du comité des études de l'école nationale de la santé publique ;

membres des comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale créés par la loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988.

E.-En ce qui concerne les hôpitaux et hospices publics (décret n° 72-350 du 2 mai 1972) :

membres des commissions administratives des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics.

F.-En ce qui concerne les établissements de lutte contre les fléaux sociaux (Livre III du code de la santé publique) :

membres :

des conseils d'administration des centres de lutte contre le cancer (articles L. 321 et L. 322 du code de la santé publique) ;

des commissions administratives des hôpitaux psychiatriques autonomes (décret du 12 juin 1912 modifié, articles 1er à 9) ;

des commissions de surveillance des hôpitaux psychiatriques départementaux (ordonnance du 18 décembre 1839, articles 1er, 2, 4, 5) ;

des commissions de surveillance des établissements de cure publics et des sanatoriums publics de postcure (décrets n° 48-864 du 24 mai 1948, articles 16 et 18 ; n° 48-865, articles 13 et 15 ; n° 48-866, article 1er ; décret n° 50-21 du 6 janvier 1950, article 22).

G.-En ce qui concerne les institutions sociales et médico-sociales :

1° Membres des conseils d'administration, commissions ou comités fonctionnant au sein des organismes gérant des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Membres actifs de ces organismes dûment mandatés pour assurer de manière régulière les

missions à but social et médico-social définies à l'article L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles ;

3° Membres du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-7 du code de la santé publique, membres des comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale et membres des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale institués par l'article L. 312-3 du code de l'action sociale et des familles ;

4° Personnes qualifiées mentionnées à l'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles.

Sont exclus du champ d'application du G les membres des conseils d'administration, commissions ou comités fonctionnant au sein des organismes mentionnés au 1° ci-dessus ainsi que les membres actifs de ces organismes définis au 2° lorsque le personnel desdits organismes relève des régimes de protection sociale agricole.

H.-En ce qui concerne les établissements nationaux de bienfaisance (décret du 18 décembre 1923 ; décret du 1er février 1924 ; décret n° 51-300 du 7 novembre 1951 ; décret du 13 juin 1955) :

membres des commissions consultatives ou administratives créées auprès de chacun des établissements nationaux de bienfaisance mentionnés respectivement par les décrets précités.

I.-En ce qui concerne les institutions de protection sociale de l'enfance et institutions de l'aide sociale prévues par le code de l'action sociale et des familles et par les articles R. 5213-1, R. 5213-2, R. 5213-7 et R. 5213-8 du code du travail :

membres :

des commissions administratives instituées pour la gestion des bureaux d'aide sociale prévus par les articles L. 123-6 et L. 123-9 du code de l'action sociale et des familles ;

des commissions d'admission à l'aide sociale et des commissions départementales de recours prévues par les articles L. 131-5, L. 134-6 et L. 134-9 du code de l'action sociale et des familles ;

des conseils de famille des pupilles de l'Etat prévus par l'article L. 223-4 du code de l'action sociale et des familles ;

des conseils départementaux de protection de l'enfance prévus à l'article 5 du décret n° 59-100 du 7 janvier 1959.

J.-En ce qui concerne les institutions familiales :

personnes désignées par l'union nationale et des unions départementales et locales des associations familiales pour assurer la tutelle aux prestations sociales ou gérer un service d'intérêt familial en application des dispositions de l'article L. 211-3 du code de l'action sociale et des familles .

K.-En ce qui concerne les associations d'action éducative, associations gérant des équipements, habilitées par les ministères chargés de la justice, de la santé et de la famille (ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 et décret n° 46-734 du 16 avril 1946) :

1°) membres des conseils d'administration, comités ou commissions fonctionnant au sein de ces organismes ;

2°) animateurs réguliers dûment mandatés de ces organismes.

L.-En ce qui concerne les associations intermédiaires prévues par l'article L. 5132-7 du code du travail :

Membres bénévoles administrant les associations intermédiaires agréées par le préfet du département concerné.

III. INSTITUTIONS JUDICIAIRES

Les fonctions mentionnées à l'article D. 412-78 sont les suivantes :

A.-En ce qui concerne l'organisation du contentieux général et du contentieux technique de la sécurité sociale :

1°) membres assesseurs titulaires et suppléants :

- a. des tribunaux des affaires de sécurité sociale ;
- b. des commissions régionales du contentieux technique ;
- c. de la commission nationale technique ;

2°) membres de la commission prévue au cinquième alinéa de l'article R. 144-2.

3°) personnes en retraite participant au fonctionnement des organismes du contentieux technique et du contentieux général de la sécurité sociale, mentionnées à l'article R. 142-15, au deuxième alinéa de l'article R. 143-4, aux articles R. 143-5, R. 143-15, R. 143-20, R. 143-26 à R. 143-28, R. 144-1 et R. 144-2.

B.-En ce qui concerne les conseils des prud'hommes :

membres des conseils de prud'hommes.

C.-En ce qui concerne les tribunaux de commerce :

magistrats des tribunaux de commerce.

D.-En ce qui concerne les tribunaux paritaires des baux ruraux :

membres assesseurs des tribunaux paritaires des baux ruraux.

E.-En ce qui concerne les tribunaux pour enfants :

membres assesseurs des tribunaux pour enfants.

IV. MINISTERES

Les fonctions mentionnées à l'article D. 412-78 sont les suivantes :

A.-En ce qui concerne le ministère de la justice :

1° visiteurs de prison agréés par le directeur régional de l'administration pénitentiaire après avis du préfet et du juge de l'application des peines ;

2° membres bénévoles des comités de probation et d'assistance aux libérés agréés par le juge de l'application des peines ;

3° délégués à la liberté surveillée désignés par le juge des enfants ;

4° membres de conseils d'administration et bénévoles dûment mandatés d'associations agréées par

le ministère de la justice et contribuant à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes se trouvant placées sous main de justice ;

5° conciliateurs.

B.-En ce qui concerne le ministère chargé du travail :

1°) membres du conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés prévu à l'article R. 5214-3 du code du travail et membres de la section permanente mentionnée à l'article R. 5214-13 du code du travail;

2° Membres de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prévue par l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles ;

3°) conseillers des salariés convoqués à un entretien préalable à licenciement inscrits sur une liste dressée par le préfet du département ;

4° Membres du Conseil supérieur de la prud'homie institué par L. 1431-1 du code du travail.

C.-En ce qui concerne le ministère chargé des affaires sociales et ministère chargé de l'éducation :
membres des commissions de l'éducation spéciale et des commissions de circonscription.

V. DIVERS

Les fonctions mentionnées à l'article D. 412-78 sont les suivantes :

A.-En ce qui concerne les caisses d'épargne ordinaires :

1°) membres des conseils d'administration des caisses d'épargne ordinaires ;

2°) membres de la commission supérieure des caisses d'épargne.

B. # En ce qui concerne le Défenseur des droits : délégués du Défenseur des droits.

Article D412-80

Sans préjudice de l'application des dispositions des articles L. 413-13, L. 413-14 et de l'article 2 du décret n° 56-511 du 24 mai 1956, les obligations de l'employeur, notamment :

1°) la déclaration en vue de l'immatriculation des personnes auxquelles s'applique la présente sous-section ;

2°) l'affiliation de ces personnes à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle l'organisme mentionné à l'article D. 412-79 a son siège ;

3°) le versement des cotisations ;

4°) la déclaration des accidents,

incombent à la personne, au service ou à l'institution responsable du fonctionnement de l'organisme

à objet social mentionné à l'article D. 412-79.

Article D412-81

Le salaire servant de base au calcul des cotisations est égal au double du salaire annuel minimum prévu à l'article L. 434-16. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer des cotisations forfaitaires.

Le salaire servant de base au calcul des indemnités et des rentes est égal au double dudit salaire minimum tel qu'il est en vigueur soit à la date de l'arrêt de travail résultant de l'accident, de la rechute ou de l'aggravation, soit, s'il n'y a pas eu d'arrêt de travail, à la date de constatation de l'incapacité permanente.

Sous-section 9 : Salariés désignés pour siéger dans certains organismes.

Article D412-82

Les salariés mentionnés au 7° de l'article L. 412-8 sont ceux qui sont désignés pour siéger dans les organismes dont la liste est fixée par l'arrêté interministériel prévu au cinquième alinéa de l'article L. 992-8 du code du travail, à l'exception de ceux qui bénéficient de la législation sur les accidents du travail en qualité de membres bénévoles des organismes sociaux énumérés à l'article D. 412-79.

Article D412-83

Sont garantis les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des missions effectuées par les personnes mentionnées à l'article D. 412-82. Doivent également être considérés comme survenus à l'occasion de leurs missions, les accidents dont pourraient être victimes ces personnes pendant le trajet d'aller et de retour entre leur lieu de travail et les organismes à l'activité desquels elles participent.

Article D412-84

Les obligations de l'employeur, notamment l'affiliation des personnes mentionnées à l'article D. 412-82 à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle l'organisme a son siège, le versement des cotisations et la déclaration des accidents, incombent à la personne, au service, à l'institution ou à l'administration responsable de la gestion de cet organisme.

Article D412-85

Le salaire servant de base au calcul des cotisations est égal au double du salaire annuel minimum prévu à l'article L. 434-16. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer des cotisations forfaitaires.

Le salaire servant de base au calcul des indemnités et des rentes est égal au double dudit salaire minimum, tel qu'il est en vigueur soit à la date de l'arrêt de travail résultant de l'accident, de la rechute ou de l'aggravation, soit, s'il n'y a pas eu d'arrêt de travail, à la date de constatation de l'incapacité permanente.

Sous-section 10 : Personnes bénéficiaires d'un revenu minimum d'insertion.

Article D412-86

Les actions d'insertion professionnelle organisées en faveur des bénéficiaires du revenu de solidarité active dont les ressources n'excèdent pas le montant forfaitaire prévu au 2° de l'article L. 262-2 ou à l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des membres de leur foyer pour l'exécution de l'engagement prévu à l'article L. 262-36 du code de l'action sociale et des familles ouvrent droit pour les intéressés à la protection prévue à l'article L. 412-8 (10°) lorsque, pour leur participation à ces mêmes actions, ils ne bénéficient pas à un autre titre d'une protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

La personne morale organisatrice tient un registre mentionnant les assurés visés à l'alinéa précédent. Ce registre est mis à la disposition des agents des organismes de sécurité sociale.

Article D412-87

Les actions et activités mentionnées à l'article D. 412-86 donnent lieu au versement d'une cotisation horaire forfaitaire, dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D412-88

Les obligations de l'employeur, notamment le paiement des cotisations, l'affiliation des bénéficiaires et la déclaration des accidents incombent aux personnes morales de droit public ou de droit privé mettant en oeuvre les actions et activités mentionnées à l'article D. 412-86.

Article D412-89

Le salaire servant de base au calcul de la rente est égal au salaire annuel mentionné à l'article L. 434-16.

Sous-section 11 : Demandeurs d'emploi

Article D412-90

Les demandeurs d'emploi mentionnés au 11° de l'article L. 412-8 sont ceux qui sont inscrits sur la liste tenue par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail en application de l'article R. 311-3-1 du code du travail.

Article D412-91

Les accidents garantis sont ceux qui surviennent au cours de l'action prescrite ou dispensée par l'ANPE ou sur le trajet d'aller et de retour entre le domicile du demandeur d'emploi et le lieu de déroulement de l'action.

Article D412-92

Le salaire servant de base au calcul de la rente des demandeurs d'emploi indemnisés ou non est égal au salaire annuel mentionné à l'article L. 434-16 en vigueur à la date de l'accident.

Le salaire servant de base au calcul des indemnités journalières des demandeurs d'emploi titulaires d'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 351-2 du code du travail est égal au salaire minimum de croissance correspondant à la durée légale du travail et applicable à la date de l'accident ou, s'il lui est supérieur, à leur revenu de remplacement. Toutefois, le montant de l'indemnité ainsi calculée ne peut, en aucun cas, dépasser le montant du revenu de remplacement.

Article D412-93

Les actions mentionnées à l'article L. 412-8 (11°) donnent lieu au versement d'une cotisation horaire forfaitaire, dont le montant est fixé dans les conditions posées à l'article L. 241-5.

Le paiement de cette cotisation incombe à l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du

travail qui la verse à l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales territorialement compétente.

Ce paiement est accompagné d'un bordereau daté et signé indiquant le nombre de demandeurs d'emploi ayant participé aux actions mentionnées à l'article L. 412-8 (11°), le nombre d'heures représentées par ces actions et le montant global des cotisations s'y rapportant.

Une copie de ce bordereau est adressée à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

Article D412-94

La déclaration de l'accident à la caisse primaire d'affiliation du demandeur d'emploi est à la charge de l'agence locale qui a prescrit ou dispensé l'action ; si l'accident ne se produit pas dans les locaux de l'agence, celle-ci doit en être informée dans les vingt-quatre heures par le responsable de l'action.

Sous-section 12 : Salariés bénéficiaires d'un congé de représentation

Article D412-95

Sont garantis les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des missions effectuées par les personnes mentionnées à l'article L. 412-8 (12°) dans le cadre du congé de représentation. Doivent également être considérés comme survenus à l'occasion de leurs missions les accidents dont pourraient être victimes ces personnes pendant le trajet d'aller et de retour entre leur lieu de travail et les instances aux travaux desquelles elles participent.

Article D412-96

Les obligations de l'employeur concernant les salariés en congé de représentation mentionnés à l'article L. 412-8 (12°), notamment l'affiliation à la caisse primaire d'assurance maladie, le versement des cotisations et la déclaration des accidents incombent à l'association ou à la mutuelle dont est membre le salarié et qu'il est chargé de représenter. La caisse primaire d'assurance maladie compétente est celle dans la circonscription de laquelle ladite association ou mutuelle a son siège.

Article D412-97

Le salaire servant de base au calcul des cotisations est égal au double du salaire annuel minimum prévu à l'article L. 434-16.

Le salaire servant de base au calcul des indemnités et des rentes est égal au double dudit salaire minimum tel qu'il est en vigueur soit à la date de l'arrêt de travail résultant de l'accident, de la rechute ou de l'aggravation, soit, s'il n'y a pas eu d'arrêt de travail, à la date de constatation de l'incapacité permanente.

Sous-section 13 : Volontariat pour l'insertion. # Service civique.

Article D412-98-1

Pour les volontaires pour l'insertion mentionnés à l'article L. 130-4 du code du service national, l'établissement public d'insertion de la défense mentionné à l'article L. 3414-1 du code de la défense est redevable d'une cotisation égale à 0,45 % du salaire minimum mentionné à l'article L. 434-16. Cette cotisation est due pour chaque période de douze mois consécutifs quelle que soit la durée effective du volontariat pour l'insertion à l'intérieur de cette période.

Article D412-98-2

La cotisation forfaitaire mentionnée à l'article L. 120-26 du code du service national due au titre de la couverture des risques accidents du travail et maladies professionnelles est égale à 0,05 % du salaire minimum mentionné à l'article L. 434-16. Cette cotisation mensuelle est due pendant la durée du service civique.

Sous-section 14 : Personnes bénéficiaires d'un appui à la création ou à la reprise d'une activité économique.

Article D412-99

En l'absence de la rémunération définie à l'article R. 783-2 du code du travail, la cotisation d'accidents du travail et maladies professionnelles de la personne bénéficiant d'appui au projet d'entreprise pour la création ou la reprise d'une activité économique est calculée sur une assiette forfaitaire dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D412-99-1

Les obligations de l'employeur, notamment le paiement des cotisations, l'affiliation des bénéficiaires et la déclaration des accidents, incombent à la personne morale responsable de l'appui.

Article D412-99-2

Le salaire minimum servant de base au calcul de la rente est égal au salaire annuel mentionné à l'article L. 434-16.

Sous-section 15 : Personnes titulaires d'une convention de tutorat.

Article D412-99-3

Le taux de la cotisation d'accidents du travail et de maladies professionnelles due pour les tuteurs mentionnés à l'article L. 412-8 est égal au taux net constitué du taux brut moyen déterminé chaque année par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés affecté des majorations définies à l'article D. 242-6-9.

Article D412-99-4

Les obligations de l'employeur, notamment le paiement des cotisations, l'affiliation des bénéficiaires et la déclaration des accidents incombent au repreneur de l'entreprise, signataire de la convention mentionnée à l'article L. 129-1 du code de commerce.

Article D412-99-5

La rémunération servant de base au calcul de la cotisation et à celui de la rente est égale au salaire annuel mentionné à l'article L. 434-16.

Chapitre 3 : Dispositions applicables aux personnes indemnisées en application de textes antérieurs - Régimes distincts

Section 2 : Régimes distincts

Sous-section 2 : Collectivités, établissements et entreprises assurant directement la charge de la réparation

Paragraphe 1 : Entreprises privées.

Article D413-1

Le présent paragraphe fixe les conditions auxquelles est subordonné le maintien de l'autorisation d'assumer directement le service des prestations prévues aux articles L. 432-2 à L. 432-4 et L. 433-1 à L. 433-3, accordée par le ministre chargé de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article L. 493 de l'ancien code de la sécurité sociale en vigueur avant la publication du décret n° 60-452 du 12 mai 1960, ainsi que les modalités suivant lesquelles est assuré et contrôlé le service desdites prestations.

Article D413-2

L'employeur doit justifier de la caution solidaire d'un établissement bancaire compris sur une liste arrêtée conjointement par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget en garantie du paiement des indemnités et de toutes sommes dues à l'occasion de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Un arrêté concerté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget détermine les détails d'application du présent article.

Article D413-3

En aucun cas, le comité d'entreprise ne peut confier la direction administrative ou la gestion financière des services mentionnés à l'article D. 413-1 à des personnes n'appartenant pas au personnel de l'entreprise.

Article D413-4

L'employeur remet périodiquement au comité d'entreprise les sommes destinées à couvrir le montant des prestations et des dépenses de gestion. Ces sommes sont calculées en appliquant à l'ensemble des salaires payés au personnel un coefficient fixé par accord entre l'employeur et le comité d'entreprise, sous réserve de l'approbation de la caisse régionale ou, à défaut d'accord par ladite caisse, sans préjudice du recours prévu à l'article L. 242-5.

Les bénéfices réalisés sont versés à un fonds de réserve. Lorsque l'avoir de celui-ci atteint le montant des redevances payées par l'employeur pendant les six derniers mois, ces bénéfices sont répartis par moitié entre l'entreprise et le comité d'entreprise. Les déficits sont supportés par le fonds de réserve et, à défaut, par l'entreprise.

La part bénéficiaire du comité d'entreprise est affectée à l'amélioration des mesures de prévention et de sécurité.

Suivant la date habituelle d'arrêt des compte de l'entreprise, un inventaire financier est dressé annuellement par le comité d'entreprise, soit au 30 juin, soit au 31 décembre, faisant apparaître les résultats de la gestion du risque professionnel et, éventuellement, le montant des sommes affectées au fonds de réserve susmentionné. Une copie du compte de profits et pertes et du bilan, arrêtés à l'une des deux dates précitées, est adressée, dans un délai maximum de trois mois, à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est situé l'établissement ou le groupe d'établissements ayant obtenu l'autorisation.

Article D413-5

La caisse primaire dans la circonscription de laquelle est situé l'établissement ou le groupe d'établissements autorisés exerce le contrôle du service organisé par le comité d'entreprise, sans préjudice des dispositions des articles L. 243-11 et L. 243-13.

Article D413-6

Dans les cas définis à l'article L. 442-1, l'enquête est effectuée à la diligence du comité d'entreprise, qui en informe immédiatement la caisse primaire d'assurance maladie. En cas de carence du comité d'entreprise, la caisse primaire peut prendre l'initiative de l'enquête.

La caisse primaire chargée du contrôle de la gestion du risque qui entend contester le caractère professionnel de l'accident doit, indépendamment des obligations qui lui incombent en vertu des articles R. 441-10 et suivants en informer, dans le délai de vingt jours prévu au premier alinéa dudit article, le comité d'entreprise qui est tenu de lui faire connaître son avis écrit dans un nouveau délai de quinzaine.

En dehors du cas prévu au précédent alinéa, le comité d'entreprise a la faculté d'adresser de sa propre initiative à la caisse primaire son avis sur le caractère professionnel ou non de l'accident, dans le délai de quinzaine à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de l'accident, par quelque moyen que ce soit. Cet avis entraîne pour la caisse primaire l'obligation de prendre une décision explicite sur le caractère professionnel de l'accident.

Dans les cas prévus aux deux alinéas qui précèdent, la décision prise par la caisse primaire, compte tenu de l'avis du comité d'entreprise et conformément aux dispositions de l'article R. 441-6, est notifiée au comité d'entreprise ; elle est opposable à ce dernier.

Lorsque la caisse primaire est en désaccord avec le comité d'entreprise sur la date de consolidation de la blessure, elle peut se substituer à la victime pour porter le différend devant la juridiction compétente.

Article D413-7

Le comité d'entreprise est tenu de fournir aux caisses d'assurance maladie intéressées tous renseignements qui lui sont demandés.

Article D413-8

En cas de carence constatée ou de défaillance du comité d'entreprise, la caisse primaire assure le paiement des prestations aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, sauf son recours contre l'employeur et contre la caution pour obtenir le remboursement des sommes payées.

Article D413-9

L'autorisation d'assumer directement le service des prestations qui avait été donnée sur le fondement de la réglementation applicable avant le 13 mai 1960 peut être retirée par le ministre chargé de la sécurité sociale sur avis motivé de la caisse primaire intéressée, notamment si les rapports de contrôle font apparaître que le risque n'est pas géré de façon satisfaisante ou que l'effort de prévention est insuffisant ou que les renseignements statistiques et comptables ne sont pas fournis de façon régulière aux caisses de sécurité sociale.

L'autorisation peut être également retirée si l'employeur cesse de justifier de la caution solidaire prévue à l'article D. 413-2.

L'employeur ou le comité d'entreprise peut à tout moment, par une déclaration adressée à la caisse primaire, qui la transmet au ministre chargé de la sécurité sociale, renoncer à l'application des modalités particulières prévues au présent paragraphe pour être soumis au régime général de sécurité sociale.

Le retrait de l'autorisation ou la renonciation prend effet à compter du premier jour du mois suivant la notification ministérielle faite à l'entreprise du retrait d'autorisation, ou la notification de la renonciation faite par l'employeur à la caisse intéressée. Le comité d'entreprise continue à assurer le service des prestations pour les accidents survenus antérieurement à la date d'effet du retrait d'autorisation ou de la renonciation.

Le ministre chargé de la sécurité sociale, en prononçant le retrait, peut décider la substitution de la caisse primaire d'assurance maladie intéressée au comité d'entreprise, sans préjudice du recours de ladite caisse contre l'employeur et contre la caution pour obtenir le remboursement des sommes payées.

Le ministre chargé de la sécurité sociale détermine, le cas échéant, la caisse primaire à laquelle est

dévolu le fonds de réserve mentionné à l'article D. 413-4.

Paragraphe 2 : Collectivités, établissements et entreprises assurant un service public, entreprises privées d'intérêt général et employeurs assujettis à une organisation spéciale de sécurité sociale.

Article D413-10

Les dispositions du premier paragraphe s'appliquent, sous réserve des dispositions particulières qui les régissent et des dispositions spéciales fixées par les arrêtés d'autorisation aux collectivités, établissements et entreprises qui ont obtenu l'autorisation d'assumer directement la charge totale ou partielle de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles délivrée antérieurement au 13 mai 1960 conformément à la législation en vigueur à cette époque.

Lorsque la gestion de la collectivité, de l'établissement ou de l'entreprise porte sur l'intégralité du risque, les pouvoirs du conseil d'administration de la caisse primaire, en matière de fixation des rentes, sont exercés par une commission de quatre membres au moins composée pour moitié de représentants du personnel. Cette commission statue, après réception du dossier de l'enquête à laquelle il est procédé, dans les conditions et les formes déterminées par le présent livre sous réserve des voies de recours instituées par le titre IV du livre Ier. Les collectivités, établissements et entreprises mentionnés au présent alinéa, doivent se conformer aux dispositions de l'article R. 441-6.

Dans le cas prévu à l'alinéa précédent, la caisse primaire dans la circonscription de laquelle est situé le siège social ou le principal établissement exerce, sauf disposition particulière contraire, le contrôle du service chargé de la gestion du risque d'incapacité permanente.

L'arrêté d'autorisation fixe les garanties exigées des collectivités, établissements et entreprises autorisés.

Article D413-11

Les organismes et entreprises mentionnés au présent paragraphe qui ne seraient pas astreints à fournir aux caisses primaires et aux caisses régionales tous les renseignements nécessaires à la tenue des statistiques devront les fournir à la caisse nationale de l'assurance maladie.

Article D413-12

L'arrêté prévu au troisième alinéa de l'article L. 413-14 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 2 : Prévention

Chapitre 2 : Attributions des organismes

Section 2 : Attribution des caisses régionales d'assurance maladie.

Article D422-1

Les règlements préventifs arrêtés par les caisses d'assurance-accidents en exécution des dispositions de l'article 848 du code local des assurances sociales sont maintenus en vigueur sous les sanctions édictées par l'article 851 dudit code, et sous réserve de leur homologation avant le 1er janvier 1948, conformément aux dispositions de l'article L. 422-4.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 2 : Les prestations en nature

Section 1 : Soins.

Article D432

La durée d'interruption de travail ou de soins continus mentionnée à l'article L. 432-4-1 est fixée à six mois.

Section 3 : Réadaptation fonctionnelle, rééducation professionnelle et reclassement

Sous-section 2 : Primes de fin de rééducation et prêts d'honneur

Article D432-1

La prime de fin de rééducation et le prêt d'honneur prévus à l'article R. 432-10 sont attribués dans les conditions ci-après.

Article D432-2

Pour prétendre au bénéfice de la prime de fin de rééducation, la victime doit :

1°) n'avoir subi aucune des condamnations mentionnées au chapitre VIII du titre II du livre Ier du code de commerce, ou par les législations de sécurité sociale et en particulier par l'article L. 471-3 ;

2°) présenter toutes garanties de moralité nécessaires reconnues par la caisse primaire d'assurance maladie ;

3°) avoir subi intégralement, dans des conditions jugées satisfaisantes par le chef d'établissement responsable de la rééducation, le stage de rééducation professionnelle auquel elle a été admise en vertu des dispositions de l'article L. 432-9 ;

4°) si elle ne possède pas la nationalité française résider en France depuis trois ans au moins au jour de l'accident.

Article D432-3

Pour prétendre au bénéfice du prêt d'honneur, la victime doit, indépendamment des conditions particulières prévues à l'article D. 432-10 :

1°) être âgée de vingt et un ans au moins et de quarante-cinq ans au plus ;

2°) remplir les conditions prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article D. 432-2 ;

3°) si elle possède la nationalité française, avoir satisfait aux obligations des lois sur le service national ;

4°) si elle ne possède pas la nationalité française, remplir la condition prévue au 4° de l'article D. 432-2.

Article D432-4

La demande tendant à l'octroi de la prime de fin de rééducation doit être adressée par l'intéressé à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève au plus tard dans le mois qui suit la fin du stage de rééducation [*délai d'envoi*].

Article D432-5

La caisse mentionnée à l'article D. 432-4 procède à toutes enquêtes et vérifications qu'elle juge utiles dans l'établissement de rééducation ou l'entreprise où la rééducation a eu lieu. La décision est prise par le conseil d'administration de la caisse qui ne peut réserver une suite favorable à la demande qu'après avis conforme du directeur de l'établissement ou du chef de l'entreprise.

Le conseil d'administration de la caisse primaire peut déléguer les pouvoirs dont il dispose en la matière à un comité composé de quatre membres dudit conseil dont deux choisis parmi les représentants des salariés et deux dont un employeur au moins, parmi les autres catégories.

Article D432-6

Le montant de la prime de fin de rééducation est fixé dans chaque cas par le conseil d'administration de la caisse primaire ou le comité délégué à cet effet, dans la limite de trois fois au moins et de huit fois au plus le montant du plafond du salaire journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière, tel qu'il est fixé par l'article L. 433-2.

Article D432-7

La prime de fin de rééducation est payée à l'intéressé dans le mois de la décision [*délai de paiement*] ; toutefois, le conseil d'administration, ou le comité, peut décider, s'il estime que l'intérêt de la victime le justifie, que les paiements seront échelonnés à raison d'un paiement chaque mois pendant une période de trois mois au plus.

Article D432-8

Le prêt d'honneur est attribué dans la limite d'un maximum fixé à cent quatre-vingts fois le plafond de salaire mentionné à l'article D. 432-6.

La demande est formulée, et la décision prise, dans les conditions prévues ci-dessus pour la prime de fin de rééducation mais après avis d'une commission consultative constituée auprès du conseil d'administration de la caisse primaire et comprenant :

- 1°) deux représentants de ladite caisse ;
- 2°) un représentant de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ;
- 3°) supprimé ;
- 4°) l'inspecteur du travail ou son représentant ;
- 5°) supprimé ;
- 6°) un représentant de la chambre de métiers et de l'artisanat de région .

Article D432-9

Le prêt peut faire l'objet, à concurrence de la moitié de son montant, sur l'initiative de la caisse primaire ou à la demande de l'intéressé, d'une attribution de bons d'achat. Ces bons, dispensés de timbre, sont nominatifs. Ils portent la signature de l'intéressé et sont insaisissables et incessibles. Ils ne peuvent être donnés en gage ou être l'objet d'une transmission quelconque, le tout à peine de nullité et sans préjudice des sanctions prévues aux articles 406 et 408 du code pénal.

Le montant du prêt peut, d'autre part, si la caisse le juge utile, être versé en plusieurs fractions, toute nouvelle tranche ne devant être allouée que si l'emprunteur justifie avoir employé celles dont il a déjà bénéficié au but pour lequel il les a reçues.

Article D432-10

Le prêt d'honneur doit être obligatoirement affecté à l'aménagement ou à l'installation d'une entreprise artisanale ou industrielle, dans une des branches déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du commerce et de l'industrie et du ministre chargé du budget, ou d'une exploitation agricole.

Pour bénéficier du prêt, l'emprunteur doit s'engager à exploiter personnellement, jusqu'au remboursement complet, l'exploitation artisanale, industrielle ou agricole en vue de laquelle ledit prêt est sollicité [*condition d'obtention*].

L'emprunteur consent à la caisse primaire un nantissement dans les formes prévues par la loi n° 51-59 du 18 janvier 1951 modifiée, sur le matériel, l'outillage, le cheptel, les biens acquis au moyen des sommes qui ont fait l'objet du prêt, dans la limite du montant de ce prêt. Ces biens ne peuvent en aucun cas être déplacés sans le consentement de l'organisme prêteur ; en cas d'infraction à cette disposition, le remboursement de la totalité du prêt devient exigible sans préavis, les biens déplacés restant grevés du privilège prévu par ladite loi et pouvant être saisis.

Article D432-11

Le prêt d'honneur est consenti pour une durée maximum de vingt ans. Il porte intérêt à 2 p. 100 à partir du jour du versement des fonds. Les intérêts sont payables trimestriellement et à terme échu.

Le prêt est remboursable par annuités égales. Toutefois, pendant les quatre premières années, l'emprunteur aura la faculté de ne verser que l'intérêt du prêt. Il pourra toujours, lors de l'échéance de ses annuités, effectuer des remboursements anticipés.

Une remise d'un montant égal à dix fois le plafond de salaire mentionné à l'article D. 432-6 lui sera accordée lors de la naissance de chaque enfant postérieurement à l'année qui aura suivi la date d'octroi du prêt. La charge de ces remises sera supportée par la caisse nationale de l'assurance

maladie des travailleurs salariés.

Article D432-12

Sauf le cas où un délai est accordé par la caisse primaire d'assurance maladie, le non-paiement des intérêts ou des annuités dans les quinze jours de la réception d'une mise en demeure adressée au bénéficiaire sous pli recommandé avec demande d'avis de réception, donne lieu à l'application de la procédure sommaire prévue pour le recouvrement des cotisations à l'article R. 133-2 [*sanction*]. En outre, à titre de pénalité, les annuités échues et non remboursées donnent lieu au paiement d'un intérêt de retard de 0,50 p. 100 par mois [*taux*], courant de plein droit depuis le lendemain de l'échéance jusqu'au jour du remboursement.

Le remboursement immédiat de la totalité des sommes restant dues est exigible dans les cas suivants :

- 1°) condamnation à une peine criminelle ou correctionnelle ;
- 2°) utilisation du prêt pour des fins autres que celles en vue desquelles il a été consenti ;
- 3°) non-exploitation du fonds par l'emprunteur ;
- 4°) départ de l'intéressé à l'étranger.

Sauf accord contraire de la caisse, il en est de même en cas d'abandon de la profession pour l'exercice de laquelle le prêt avait été consenti à l'intéressé.

En cas de décès du bénéficiaire, la caisse primaire peut, si le conjoint ou l'un des enfants du " de cujus " continue à exploiter personnellement l'entreprise, maintenir le bénéfice du prêt.

Si l'exploitation directe de l'entreprise cesse, la caisse exerce son privilège sur les biens acquis à l'aide du prêt, sauf possibilité pour le conjoint ou les descendants de rembourser les sommes encore dues, dans un délai de cinq ans.

Article D432-13

Les services d'inspection et de contrôle du ministère chargé de la sécurité sociale ainsi que les agents de contrôle de la caisse primaire d'assurance maladie, sont habilités à exercer une surveillance sur l'emploi du prêt d'honneur par le bénéficiaire.

Dans le cas où l'intéressé affecterait le prêt qui lui est consenti à l'aménagement d'une exploitation agricole, les agents de la caisse de mutualité sociale agricole sont également habilités à exercer cette surveillance.

Article D432-14

Le montant des charges [*financières*] résultant de la présente sous-section est supporté par les caisses primaires d'assurance maladie dans les conditions qui sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Chapitre 3 : Indemnisation de l'incapacité temporaire.

Article D433-1

Le placement individuel à l'étranger [*définition*] mentionné à l'article L. 433-4 est le placement soumis aux dispositions de l'article D. 131 du code de procédure pénale.

Article D433-2

La victime dont l'accident du travail ou la maladie professionnelle a été reconnu et qui a été déclarée inapte conformément aux dispositions de l'article R. 4624-31 du code du travail a droit à l'indemnité mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 433-1 dénommée " indemnité temporaire d'inaptitude " dans les conditions prévues aux articles L. 442-5 et D. 433-3 et suivants.

Article D433-3

Pour bénéficier de l'indemnité temporaire d'inaptitude, la victime adresse sans délai à la caisse primaire d'assurance maladie dont elle relève un formulaire de demande portant notamment mention, portée par le médecin du travail, d'un lien susceptible d'être établi entre l'inaptitude et l'accident du travail ou la maladie professionnelle, dans les conditions prévues à l'article D. 4624-47 du code du travail et comportant un cadre dans lequel elle atteste sur l'honneur de l'impossibilité de percevoir, pendant la période mentionnée à l'article D. 433-5, une quelconque rémunération liée au poste de travail pour lequel elle a été déclarée inapte. Un volet du formulaire de demande est adressé par la victime à l'employeur.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale définit le modèle de formulaire.

Article D433-4

Le montant journalier de l'indemnité mentionnée à l'article D. 433-2 servie à la victime est égal au montant de l'indemnité journalière versé pendant l'arrêt de travail lié à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle précédant l'avis d'inaptitude.

Lorsque la victime travaille pour le compte de plusieurs employeurs, l'indemnité est versée au titre du poste de travail pour lequel elle a été déclarée inapte.

Article D433-5

L'indemnité mentionnée à l'article D. 433-2 est versée par la caisse, à compter du premier jour qui suit la date de l'avis d'inaptitude mentionné à l'article R. 4624-31 du code du travail jusqu'au jour de la date de licenciement ou de reclassement du bénéficiaire, pour la durée maximale prévue à l'article L. 1226-11 du code du travail, dans les conditions prévues à l'article R. 433-14.

Article D433-6

L'employeur, dans les huit jours qui suivent la date de sa décision de reclassement acceptée par la victime ou la date du licenciement de cette dernière, retourne le volet mentionné à l'article D. 433-3 à la caisse primaire d'assurance maladie après y avoir porté mention de la date de sa décision et confirmé l'exactitude des indications portées par le salarié.

Article D433-7

Lorsque le bénéficiaire de l'indemnité mentionnée à l'article D. 433-2 perçoit une rente liée à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle qui a conduit à l'inaptitude, le montant mensuel de la rente servie s'impute sur celui de l'indemnité.

Article D433-8

La caisse met en œuvre les dispositions de l'article L. 133-4-1, notamment lorsque le versement de la rente intervient après le paiement de l'indemnité ou en cas d'annulation de l'avis d'inaptitude.

Chapitre 4 : Indemnisation de l'incapacité permanente

Section 1 : Victimes.

Article D434-1

Le montant de l'indemnité en capital mentionnée à l'article L. 434-1 est fixé selon le barème suivant :

TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE (en pourcentage)	MONTANT DE L'INDEMNITÉ (en euros)
1	342,94
2	557,34
3	814,41

4	1 285,37
5	1 628,31
6	2 013,92
7	2 442,21
8	2 913,69
9	3 427,84

Chapitre 5 : Frais funéraires.

Article D435-1

L'arrêté interministériel mentionné à l'article L. 435-1 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'économie et le ministre chargé du budget.

Article D435-2

Les frais de transport mentionnés à l'article L. 435-2 sont établis conformément aux dispositions de l'article D. 79 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 4 : Procédures, révision, rechute, accidents survenus hors du territoire métropolitain

Chapitre 1er : Déclarations et formalités

Section 1 : Dispositions générales

Article D441-1

L'autorisation de tenue d'un registre de déclaration d'accidents du travail prévue à l'article L. 441-4 du présent code peut être accordée à l'employeur, sur sa demande, par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail du lieu d'implantation de l'établissement lorsque celui-ci répond aux conditions suivantes :

1°) présence permanente d'un médecin, ou d'un pharmacien, ou d'un infirmier diplômé d'Etat, ou d'une personne chargée d'une mission d'hygiène et de sécurité dans l'entreprise détentrice d'un diplôme national de secouriste complété par le diplôme de sauveteur secouriste du travail délivré par l'Institut national de recherche et de sécurité ou les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ;

2°) existence d'un poste de secours d'urgence ;

3°) respect par l'employeur des obligations mises à sa charge par l'article L. 236-1 du code du travail.

La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail avise la caisse primaire de l'autorisation qu'elle a accordée.

En cas de refus de l'autorisation, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail notifie sa décision motivée à l'employeur.

Article D441-2

Le registre est délivré après enquête par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

Toutefois, il demeure la propriété de ladite caisse.

L'employeur envoie le registre à la fin de chaque année civile, par lettre avec accusé de réception, à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail. Il peut en obtenir la communication.

Article D441-3

L'employeur inscrit sur le registre, dans les quarante-huit heures non compris les dimanches et jours fériés [*délai d'inscription*], les accidents du travail de son personnel n'entraînant ni arrêt de travail, ni soins médicaux donnant lieu à une prise en charge par les organismes de sécurité sociale.

Il est indiqué sur le registre le nom de la victime, la date, le lieu et les circonstances de l'accident, la nature et le siège des lésions assortis du visa du donneur de soins ainsi que les autres éléments devant figurer sur la déclaration d'accident du travail [*mentions obligatoires*].

La victime signe le registre en face des indications portées par l'employeur. Le médecin du travail peut consulter le registre.

Article D441-4

La caisse régionale d'assurance maladie peut décider le retrait de l'autorisation de tenue d'un registre pour l'une des raisons suivantes :

1°) tenue incorrecte du registre ;

2°) disparition des conditions d'octroi ;

3°) refus de présentation du registre :

a. aux agents de contrôle des caisses primaires et régionales d'assurance maladie ;

b. aux agents de l'inspection du travail ;

c. à la victime d'un accident consigné au registre ;

d. au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut de l'existence de ce dernier, aux délégués du personnel.

La caisse régionale notifie à l'employeur sa décision motivée de retrait de l'autorisation.

Chapitre 3 : Révision

Rechute.

Article D443-1

La durée minimale prévue au quatrième alinéa de l'article L. 443-1, pendant laquelle la victime doit avoir été titulaire de la majoration pour assistance d'une tierce personne, est fixée à dix ans.

Partie réglementaire - Décrets simples

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 D454-1

I. - La déclaration prévue à l'article L. 441-1 du code de la sécurité sociale faite par la victime d'un accident de travail imputable à un tiers la dispense de le déclarer à sa caisse de sécurité sociale.

II. - Le tiers responsable de l'accident doit informer, par tous moyens, la caisse d'assurance maladie dont relève la victime dans les quinze jours suivant sa survenue s'il n'en a pas informé son assureur.

III. - L'assureur du tiers responsable doit informer la caisse d'assurance maladie dont relève la victime dans les trois mois suivant la date à laquelle il a connaissance de la survenue de l'accident.

Pour les accidents relevant de l'article L. 211-8 du code des assurances, l'assureur du tiers responsable doit informer la caisse d'assurance maladie dont relève la victime dans les trois mois suivant la date de la survenue de l'accident.

En cas de litige sur le respect de son obligation d'information, il lui appartient d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à la caisse dans les délais prévus aux deux alinéas précédents.

IV. - La majoration de l'indemnité forfaitaire prévue au cinquième alinéa de l'article L. 454-1 est appliquée lorsque l'assureur du tiers responsable n'a pas informé la caisse dans les délais prévus au III sauf si l'assureur apporte la preuve qu'en dépit des diligences qu'il a effectuées pour obtenir l'information il n'a pas pu disposer des éléments lui permettant de délivrer cette information dans ces délais.

Dans les cas où la caisse n'a pas pu exercer son recours, l'indemnité forfaitaire majorée est calculée sur les sommes dont le recouvrement aurait été obtenu si l'assureur avait respecté son obligation d'information.

V. - L'établissement de santé dispensant des soins à une victime dont les lésions sont, selon ses déclarations, imputables à un tiers doit en informer la caisse d'assurance maladie dont elle relève dans les trois mois suivant la date de la fin des soins.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 6 : Dispositions concernant les maladies professionnelles

Article D461-1

La liste prévue au premier alinéa de l'article L. 461-6 établie par le ministre chargé du travail, le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de la santé, figure en annexe au présent livre.

Article D461-2

Les décrets mentionnés à l'article L. 461-7 sont pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du travail, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la santé.

Article D461-5

Les dispositions des articles D. 461-7 à D. 461-24 sont applicables aux maladies professionnelles provoquées par l'inhalation de poussières renfermant de la silice libre (tableau n° 25), par l'inhalation de poussières d'amiante (tableaux n°s 30 et 30 bis), par l'inhalation de poussières ou de fumées d'oxyde de fer (tableaux n°s 44 et 44 bis) ainsi qu'aux broncho-pneumopathies chroniques obstructives provoquées par les travaux au fond dans les mines de charbon (tableau n° 91) et par certains travaux effectués dans les mines de fer (tableau n° 94).

Article D461-7

Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 461-2, la première constatation médicale intervient après un examen radiologique des poumons et, le cas échéant, tout examen complémentaire utile, sauf en cas de décès de la victime.

Article D461-8

La déclaration de la maladie à la charge de l'intéressé en vertu de l'article L. 461-5 doit être faite à la caisse primaire d'assurance maladie ou à l'organisation spéciale de sécurité sociale, même si le certificat médical prévu audit article ne conclut qu'au changement d'emploi.

Le médecin-conseil du service du contrôle médical de la caisse primaire ou l'organisation spéciale de sécurité sociale détermine s'il y a lieu de solliciter l'avis d'un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses. Le médecin-conseil lui adresse le dossier.

Article D461-9

Une enquête est effectuée parallèlement par les services administratifs de la caisse ou de l'organisation spéciale afin d'identifier le ou les risques auxquels le salarié a pu être exposé. Le service de prévention compétent y apporte sa collaboration dans les conditions indiquées à l'article R. 441-12.

Les résultats de cette enquête sont envoyés au médecin conseil.

Conformément aux dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 461-5, la caisse primaire ou l'organisation spéciale transmet, accompagnée de son avis, une copie de la déclaration et du certificat médical à l'inspecteur du travail, ou au fonctionnaire qui en exerce les attributions, chargé de la surveillance de la ou des entreprises dans lesquelles le travailleur a pu être exposé aux risques. Ce fonctionnaire fait part, dans un délai d'un mois, de ses observations à la caisse ou à l'organisation spéciale, qui les transmet au médecin conseil.

Article D461-11

Le médecin spécialiste ou compétent mentionné au second alinéa de l'article D. 461-8, s'il a été requis, procède à l'examen du malade soit à son cabinet, soit dans un centre d'études des pneumoconioses, public ou privé, autorisé dans les conditions prévues aux articles L. 162-21 et suivants, soit dans un établissement hospitalier public ou privé participant au service public hospitalier.

Ce même médecin agréé ou le collègue peut, s'il l'estime utile, prescrire, en vue de cet examen, la mise en observation avec hospitalisation du malade pendant une durée maximale de trois jours dans l'un des établissements visés à l'alinéa précédent. A titre exceptionnel, ce délai peut être porté à cinq jours en cas d'examen complémentaires médicalement justifiés. Il est fait application des dispositions de l'article L. 432-4.

Dans le cas prévu à l'alinéa précédent, les prestations auxquelles peut prétendre l'intéressé sont à la charge [*financière*] de la caisse primaire d'assurance maladie ou de l'organisation spéciale de sécurité sociale gestionnaire du risque de l'incapacité temporaire des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Des indemnités journalières peuvent également être attribuées à la victime après avis du médecin-conseil pendant une durée maximale de trois jours, dans le cas où les conditions nécessaires à l'établissement du diagnostic de la maladie professionnelle entraînent un arrêt de travail sans hospitalisation.

Article D461-13

Le droit aux indemnités en capital et aux rentes prévues par le présent livre dans le cas d'incapacité permanente ou de mort n'est ouvert que si la durée totale de l'emploi, en une ou plusieurs périodes, dans une ou plusieurs exploitations, à des travaux susceptibles de provoquer l'une des maladies mentionnées à l'article D. 461-5 est au moins égale à cinq ans lorsque le tableau ne fixe pas de durée d'exposition.

Pour les durées inférieures d'exposition au risque, ou si le malade fait constater son affection au-delà du délai de prise en charge prévu par les tableaux n°s 25, 30, 44 et 44 bis, le droit aux indemnités en capital et aux rentes est également ouvert dans les conditions prévues par le présent livre après avis du médecin-conseil.

Article D461-14

L'ouverture du droit à l'indemnité spéciale mentionnée à l'article L. 461-8 est subordonnée :

1° Au dépôt de la déclaration prévue à l'article D. 461-8 ;

2° Au résultat de l'examen du malade par le médecin-conseil.

L'emploi doit être quitté dans le délai de six mois à compter de la date du certificat descriptif mentionné à l'article L. 461-5. Toutefois, le médecin-conseil peut fixer un délai plus court si l'état du travailleur le nécessite.

L'indemnité de changement d'emploi ne peut être attribuée qu'une seule fois.

Article D461-15

L'indemnité de changement d'emploi est égale à soixante jours de salaire par année d'exposition au risque de l'une des affections mentionnées à l'article D. 461-5, sans pouvoir dépasser trois cents jours de salaire. Toute fraction d'année compte pour une année entière. Le salaire servant de base au calcul de l'indemnité est le salaire moyen des ouvriers de la même catégorie de la dernière entreprise dans laquelle le travailleur a été exposé au risque de silicose, tel qu'il est fixé à l'expiration du délai prévu au deuxième alinéa de l'article D. 461-14.

L'indemnité de changement d'emploi est acquise au travailleur ou à ses ayants droit. Elle est versée, suivant le cas, par la caisse primaire d'assurance maladie ou par l'organisation spéciale de sécurité sociale dont relève le travailleur. Elle est payable par mensualités égales échelonnées sur une période double du nombre de jours de salaire pris en considération pour le calcul de ladite indemnité. Le premier versement a lieu obligatoirement au moment où le travailleur quitte son emploi.

Si l'intéressé occupe un emploi, l'indemnité ne pourra représenter que la différence entre le salaire moyen défini ci-dessus, revalorisé, au cas où, postérieurement au changement d'emploi, serait survenue une augmentation générale des salaires intéressant la catégorie à laquelle appartenait la victime, et le nouveau salaire de l'intéressé, jusqu'à concurrence du montant de l'indemnité fixé au premier alinéa du présent article.

L'indemnité de changement d'emploi ne se cumule pas avec l'indemnité journalière prévue à l'article L. 433-1.

Dans le cas où cette dernière indemnité vient à être due, après attribution de l'indemnité de changement d'emploi et pour des journées comprises dans la période prévue au deuxième alinéa du présent article, le montant de l'indemnité journalière est réduit, pour chacune de ces journées, d'une somme égale au résultat de la division du montant de l'indemnité de changement d'emploi par le nombre de jours, ouvrables ou non, compris dans ladite période.

Article D461-16

En cas de décès de la victime avant la déclaration de maladie prévue à l'article L. 461-5, une autopsie est pratiquée dans les conditions définies à l'article L. 442-4.

Pour l'autopsie, il est fait appel de préférence à un médecin possédant une compétence particulière en matière de pneumoconioses.

Les poumons sont prélevés dans leur totalité et adressés à un institut de médecine du travail, à un service d'anatomie pathologique qualifié par ses travaux concernant les pneumoconioses ou à un centre d'étude des pneumoconioses, en vue d'un examen anatomopathologique et histologique.

Article D461-17

Le travailleur bénéficiaire d'une indemnité de changement d'emploi peut, en cas d'aggravation de son état, demander l'attribution d'une indemnité en capital ou d'une rente. Dans ce cas, le délai de deux ans mentionné à l'article R. 443-1 court de la date de la décision de la juridiction compétente reconnaissant le droit à l'indemnité ou, dans le cas où la fixation de cette indemnité n'a donné lieu à aucune contestation, de la date du premier versement.

Les arrérages de la rente ou indemnité en capital ne se cumulent pas avec l'indemnité de changement d'emploi. Dans le cas où le point de départ de la rente est antérieur à l'expiration de la période prévue au deuxième alinéa de l'article D. 461-15, la fraction d'indemnité de changement d'emploi afférente au temps restant à courir jusqu'à cette expiration est imputée sur les arrérages de la rente ou indemnité en capital.

Article D461-18

Dans tous les cas où une nouvelle fixation des réparations est demandée par la victime, celle-ci doit être examinée par le médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie ou de l'organisation spéciale de sécurité sociale. Celui-ci peut demander, s'il le juge nécessaire, un examen par le médecin spécialiste ou compétent mentionné au second alinéa de l'article D. 461-8.

Dans le cas où une nouvelle fixation des réparations est demandée par les ayants droit de la victime, conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article L. 443-1, l'autopsie n'est pas exigée si la victime avait été reconnue atteinte de son vivant d'une pneumoconiose visée par le présent livre et lorsque le dossier médical adressé à la caisse primaire d'assurance maladie ou à l'organisation spéciale de sécurité sociale permet au médecin conseil de donner son avis sur la relation de cause à effet entre le décès et la maladie professionnelle.

Dans le cas où une nouvelle fixation des réparations est envisagée par la caisse primaire d'assurance maladie ou l'organisation spéciale de sécurité sociale, la victime est tenue de se soumettre à l'examen médical auquel il est procédé par application du premier alinéa du présent article. En cas de refus de la victime, la caisse ou l'organisation spéciale peut décider la suspension du service de la rente, conformément aux dispositions de l'article R. 443-6.

Article D461-19

Le travailleur bénéficiaire d'une indemnité de changement d'emploi, d'une indemnité en capital ou d'une rente allouée conformément aux articles D. 461-5 et suivants ne peut plus être occupé qu'à des travaux n'exposant pas au risque de l'une des affections mentionnées à l'article D. 461-5.

Article D461-20

En cas de contestation d'ordre médical sur l'état de la victime, autre que celle prévue à l'article D. 461-21, il est fait application des dispositions des articles L. 141-1 à L. 141-3. L'expertise est effectuée par un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses autre que celui qui a, le cas échéant, procédé à l'examen du malade.

Si l'expertise demandée en application du présent article admet l'existence d'une des affections mentionnées à l'article D. 461-5, l'expert joindra à son rapport un certificat exprimant son avis sur l'existence éventuelle d'une incapacité permanente, la date de consolidation et la nécessité d'un changement d'emploi.

Article D461-21

En cas de contestation portant sur le taux d'incapacité permanente de travail, le tribunal du contentieux de l'incapacité mentionné à l'article L. 143-2 doit obligatoirement soumettre le dossier de la victime à un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses, qui examine la victime.

Les décisions du tribunal du contentieux de l'incapacité portées en appel devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail sont obligatoirement soumises à l'examen d'un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses, autre que celui qui a pratiqué les examens antérieurs. Le cas échéant, il joint à son rapport un certificat exprimant son avis sur la nécessité d'un changement d'emploi.

Article D461-22

Les frais nécessités par l'intervention du médecin spécialiste ou compétent mentionné au second alinéa de l'article D. 461-8 et, le cas échéant, les frais de radiographie, d'examens fonctionnels, respiratoires, d'examens de biologie médicale, d'autopsie et d'expertise, dans les cas prévus aux articles D. 461-11, D. 461-16, D. 461-18, D. 461-20 et D. 461-21, sont supportés, selon le cas, soit par la caisse primaire d'assurance maladie, soit par l'organisation spéciale de sécurité sociale dont relève l'intéressé, conformément aux tarifs et dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

La victime ou ses ayants droit sont tenus de verser à la caisse primaire d'assurance maladie ou à l'organisation spéciale de sécurité sociale le montant des honoraires et frais mentionnés à l'alinéa précédent, mis à leur charge lorsque la contestation élevée par eux est reconnue manifestement abusive, conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 442-8.

Article D461-23

La personne qui cesse d'être exposée à un risque professionnel susceptible d'entraîner une affection mentionnée aux tableaux de maladies professionnelles n°s 25, 44, 91 et 94 bénéficie, sur sa demande, d'une surveillance médicale postprofessionnelle tous les cinq ans. Cet intervalle de cinq ans peut être réduit après avis favorable du médecin conseil.

La caisse primaire d'assurance maladie ou l'organisation spéciale de sécurité sociale peut proposer aux travailleurs qui ont été exposés au risque précité de les soumettre à cette surveillance.

Le médecin conseil fixe les modalités de la surveillance postprofessionnelle des intéressés compte tenu de la nature des risques. Les dépenses correspondantes sont imputées sur le fonds d'action sanitaire et sociale.

Article D461-24

Conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 431-1 et des articles L. 432-1 et L. 461-1, la charge [*financière*] des prestations, indemnités et rentes incombe à la caisse d'assurance maladie ou à l'organisation spéciale de sécurité sociale à laquelle la victime est affiliée à la date de la première constatation médicale définie à l'article D. 461-7. Dans le cas où, à cette date, la victime n'est plus affiliée à une caisse primaire ou à une organisation spéciale couvrant les risques mentionnés au présent livre, les prestations et indemnités sont à la charge de la caisse ou de l'organisation spéciale à laquelle la victime a été affiliée en dernier lieu, quel que soit l'emploi alors occupé par elle.

Article D461-25

La personne qui au cours de son activité salariée a été exposée à des agents cancérogènes figurant dans les tableaux visés à l'article L. 461-2 du code de la sécurité sociale ou au sens de l'article R. 231-56 du code du travail et de l'article 1er du décret n° 86-1103 du 2 octobre 1986 peut demander, si elle est inactive, demandeur d'emploi ou retraitée, à bénéficier d'une surveillance médicale post-professionnelle prise en charge par la caisse primaire d'assurance maladie ou l'organisation spéciale de sécurité sociale. Les dépenses correspondantes sont imputées sur le fonds national des accidents du travail.

Cette surveillance post-professionnelle est accordée par l'organisme mentionné à l'alinéa précédent sur production par l'intéressé d'une attestation d'exposition remplie par l'employeur et le médecin du travail.

Le modèle type d'attestation d'exposition et les modalités d'examen sont fixés par arrêté.

Un suivi du dispositif est mis en place par l'organisme susmentionné.

Article D461-26

Le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles mentionné à l'article L. 461-1 a

[*compétence territoriale*] pour ressort territorial l'échelon régional du contrôle médical de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. En tant que de besoin le comité peut se réunir au chef-lieu de chacun des départements compris dans son ressort.

Article D461-27

Le comité régional comprend :

1° Le médecin-conseil régional mentionné à l'article R. 315-3 du code de la sécurité sociale ou un médecin-conseil de l'échelon régional qu'il désigne pour le représenter ;

2° Le médecin inspecteur régional du travail mentionné à l'article L. 612-1 du code du travail ou le médecin inspecteur qu'il désigne pour le représenter ;

3° Un professeur des universités-praticien hospitalier ou un praticien hospitalier, particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle, ainsi que des suppléants, nommés pour quatre ans par le directeur général de l'agence régionale de santé. Le praticien perçoit pour cette mission une rémunération dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Le secrétariat permanent du comité régional est assuré par l'échelon régional du contrôle médical de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les membres du comité régional sont astreints au secret professionnel.

Ils sont remboursés de leurs frais de déplacement.

Article D461-28

Le comité régional compétent est celui du lieu où demeure la victime. Si la victime ne demeure pas en France, le comité régional compétent est celui dans le ressort duquel l'organisme de sécurité sociale dont relève ou relevait la victime a son siège.

Article D461-29

Le dossier constitué par la caisse primaire doit comprendre [*contenu*] :

1° Une demande motivée de reconnaissance signée par la victime ou ses ayants droit et un questionnaire rempli par un médecin choisi par la victime dont les modèles sont fixés par arrêté ;

2° Un avis motivé du médecin du travail de la ou des entreprises où la victime a été employée portant notamment sur la maladie et la réalité de l'exposition de celle-ci à un risque professionnel présent dans cette ou ces entreprises ;

3° Un rapport circonstancié du ou des employeurs de la victime décrivant notamment chaque poste de travail détenu par celle-ci depuis son entrée dans l'entreprise et permettant d'apprécier les conditions d'exposition de la victime à un risque professionnel ;

4° Le cas échéant les conclusions des enquêtes conduites par les caisses compétentes, dans les conditions du présent livre ;

5° Le rapport établi par les services du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie qui comporte, le cas échéant, le rapport d'évaluation du taux d'incapacité permanente de la victime.

Les pièces demandées par la caisse au deuxième et troisième paragraphes doivent être fournies dans un délai d'un mois.

La communication du dossier s'effectue dans les conditions définies à l'article R. 441-13 en ce qui concerne les pièces mentionnées aux 1°, 3° et 4° du présent article.

L'avis motivé du médecin du travail et le rapport établi par les services du contrôle médical mentionnés aux 2° et 5° du présent article ne sont communicables à la victime, ses ayants droit et son employeur que par l'intermédiaire d'un praticien désigné à cet effet par la victime ou, à défaut, par ses ayants droit. Ce praticien prend connaissance du contenu de ces documents et ne peut en faire état, avec l'accord de la victime ou, à défaut, de ses ayants droit, que dans le respect des règles de déontologie.

Seules les conclusions administratives auxquelles ces documents ont pu aboutir sont communicables de plein droit à la victime, ses ayants droit et son employeur.

La victime, ses ayants droit et son employeur peuvent déposer des observations qui sont annexées au dossier.

Article D461-30

Lorsque la maladie n'a pas été reconnue d'origine professionnelle dans les conditions du deuxième alinéa de l'article L. 461-1 ou en cas de saisine directe par la victime au titre des troisième et quatrième alinéas du même article, la caisse primaire saisit le comité après avoir recueilli et instruit les éléments nécessaires du dossier mentionné à l'article D. 461-29 et, après avoir statué, le cas échéant, sur l'incapacité permanente de la victime.

Elle en avise la victime ou ses ayants droit ainsi que l'employeur.

L'ensemble du dossier est rapporté devant le comité par le médecin conseil qui a examiné la victime ou qui a statué sur son taux d'incapacité permanente, ou par un médecin-conseil habilité à cet effet par le médecin-conseil régional.

Le comité entend obligatoirement l'ingénieur-conseil chef du service de prévention de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou l'ingénieur-conseil qu'il désigne pour le représenter.

Le comité peut entendre la victime et l'employeur, s'il l'estime nécessaire.

L'avis motivé du comité est rendu à la caisse primaire, qui notifie immédiatement à la victime ou à ses ayants droit la décision de reconnaissance ou de rejet de l'origine professionnelle de la maladie qui en résulte. Cette notification est envoyée à l'employeur. Lorsqu'elle fait grief, cette notification est effectuée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Article D461-31

Le comité régional adresse chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du travail un rapport d'activité dont le modèle est fixé par arrêté conjoint de ces deux ministres. Ce rapport est communiqué au Conseil supérieur de prévention des risques professionnels.

Article D461-32

Lorsque la victime relève d'une collectivité, d'une administration, d'un établissement ou d'une entreprise compris dans le champ d'application des articles L. 413-13 et L. 413-14, les articles D. 461-26 à D. 461-30 sont applicables sous réserve des articles D. 461-33 à D. 461-37.

Il en est de même des travailleurs salariés expatriés ayant souscrit l'assurance volontaire contre le risque d'accident du travail et de maladie professionnelle mentionnée à l'article L. 762-1.

Article D461-33

Le comité régional compétent prévu à l'article D. 461-28 est celui dans le ressort duquel se trouve l'organisme gestionnaire du risque d'accident du travail et maladie professionnelle. Toutefois, pour les agents statutaires des industries électriques et gazières, le comité régional compétent est celui dont relève la caisse primaire d'assurance maladie dont ils dépendent.

Article D461-34

Le dossier mentionné à l'article D. 461-29 comprend l'ensemble des éléments énumérés audit article. Il est constitué par l'organisme gestionnaire du risque d'accident du travail et de maladie professionnelle. Toutefois, en ce qui concerne les industries électriques et gazières, le dossier est constitué par la caisse primaire qui recueille auprès de l'unité dont relève la victime les pièces mentionnées aux 2° et 3° de ce même article.

Les enquêtes mentionnées au 4° de l'article D. 461-29 comprennent les enquêtes administratives effectuées par l'organisme ou l'administration gestionnaire et, le cas échéant, celles qui ont été menées par son comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Le rapport mentionné au 5° de l'article D. 461-29 est établi par le service du contrôle médical de

l'organisme ou administration titulaire de l'autorisation de gestion du risque d'accident du travail et de maladie professionnelle.

Pour les agents non titulaires de l'Etat, ce rapport est établi par le médecin agréé compétent.

Article D461-35

Le dossier, constitué conformément aux prescriptions de l'article D. 461-34, est transmis par l'organisme ou l'administration gestionnaire au comité régional compétent qui dispose de quatre mois à compter de sa saisine pour rendre son avis motivé et de deux mois supplémentaires lorsqu'un examen ou une enquête complémentaire est nécessaire.

Toutefois, le dossier des agents statutaires des industries électriques et gazières est transmis par la caisse primaire d'assurance maladie dont ils relèvent au comité régional compétent.

Article D461-36

I. - Le dossier mentionné à l'article D. 461-34 est rapporté devant le comité régional soit par le médecin-chef du service du contrôle médical de l'organisme intéressé dont relève la victime ou par le médecin qu'il a désigné pour le représenter, soit par le médecin agréé de l'administration.

Pour les salariés expatriés, le médecin rapporteur est le médecin-conseil du service médical de la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle se trouve le siège de la Caisse des Français de l'étranger.

II. - Le comité entend obligatoirement soit l'ingénieur de sécurité en fonction dans l'organisme ou l'administration concerné, soit l'agent nommé en application de l'article 4 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, soit pour les établissements publics de santé le médecin exerçant dans le service de médecine du travail mentionné à l'article R. 242-1 du code du travail.

Dans le cas où l'organisme gestionnaire ne peut faire entendre l'agent qualifié en matière de prévention, il appartient à l'ingénieur-conseil mentionné au cinquième alinéa de l'article D. 461-30 de réunir les renseignements nécessaires et d'être entendu par le comité.

Pour les salariés expatriés, l'ingénieur-conseil se trouvant dans la circonscription du comité régional est entendu par ce comité.

Article D461-37

L'avis mentionné au dernier alinéa de l'article D. 461-30 est rendu soit à l'organisme titulaire de l'autorisation de gestion du risque d'accident du travail et de maladie professionnelle, soit à

l'administration gestionnaire, soit à la Caisse des Français de l'étranger.

Article D461-38

Les dépenses de toute nature résultant de l'application des articles D. 461-32 à D. 461-37 sont à la charge de l'organisme ou de l'administration gestionnaire dont relève la victime. Les modalités d'imputation de ces dépenses, calculées au prorata du nombre de dossiers examinés, sont fixées par convention conclue entre, d'une part, l'organisme titulaire de l'autorisation de gestion du risque d'accident du travail et de maladie professionnelle ou l'administration gestionnaire et, d'autre part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 8 : Dispositions communes avec d'autres branches - Dispositions diverses et d'application

Chapitre 2 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article D482-1

Les modèles des documents nécessaires à l'application du présent livre sont fixés par des arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 1 : Champ d'application - Généralités

Chapitre 2 : Champ d'application.

Article D512-1

L'étranger qui demande à bénéficier de prestations familiales justifie la régularité de son séjour par la production d'un des titres de séjour ou documents suivants en cours de validité :

1° Carte de résident ;

2° Carte de séjour temporaire ;

3° Certificat de résidence de ressortissant algérien ;

4° Récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres ci-dessus ;

5° Récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de trois mois renouvelable portant la mention "reconnu réfugié" ;

6° Récépissé de demande de titre de séjour d'une durée de six mois renouvelable portant la mention "étranger admis au séjour au titre de l'asile" ;

7° Autorisation provisoire de séjour d'une validité supérieure à trois mois ;

8° Passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour ;

9° Livret spécial, livret ou carnet de circulation ;

10° Récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de validité de trois mois renouvelable délivré dans le cadre de l'octroi de la protection subsidiaire, accompagné de la décision de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides ou de la Commission des

recours des réfugiés accordant cette protection.

Article D512-2

La régularité de l'entrée et du séjour des enfants étrangers que le bénéficiaire a à charge et au titre desquels il demande des prestations familiales est justifiée par la production de l'un des documents suivants :

1° Extrait d'acte de naissance en France ;

2° Certificat de contrôle médical de l'enfant, délivré par l' Office français de l'immigration et de l'intégration à l'issue de la procédure d'introduction ou d'admission au séjour au titre du regroupement familial ;

3° Livret de famille délivré par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides ou, à défaut, un acte de naissance établi, le cas échéant, par cet office, lorsque l'enfant est membre de famille d'un réfugié, d'un apatride ou d'un bénéficiaire de la protection subsidiaire. Lorsque l'enfant n'est pas l'enfant du réfugié, de l'apatride ou du bénéficiaire de la protection subsidiaire, cet acte de naissance est accompagné d'un jugement confiant la tutelle de cet enfant à l'étranger qui demande à bénéficier des prestations familiales ;

4° Visa délivré par l'autorité consulaire et comportant le nom de l'enfant d'un étranger titulaire de la carte de séjour mentionnée à l'article L. 313-8 ou au 5° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

5° Attestation délivrée par l'autorité préfectorale, précisant que l'enfant est entré en France au plus tard en même temps que l'un de ses parents admis au séjour sur le fondement du 7° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ou du 5° de l'article 6 de l'accord franco-algérien du 27 décembre 1968 modifié ;

6° Titre de séjour délivré à l'étranger âgé de seize à dix-huit ans dans les conditions fixées par l'article L. 311-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Elle est également justifiée, pour les enfants majeurs ouvrant droit aux prestations familiales, par l'un des titres mentionnés à l'article D. 512-1.

Article D512-3

I.-Le montant de l'allocation différentielle prévue à l'article L. 512-5 est égal à la différence entre le montant de l'ensemble des prestations familiales qui auraient été dues en application de la législation française, parmi celles énumérées à l'article L. 511-1 à l'exception de l'allocation de logement, et le montant de l'ensemble des prestations ou avantages familiaux versés en application d'un traité, d'une convention ou d'un accord international auquel la France est partie, de la législation ou de la réglementation d'un autre Etat, ou de la réglementation d'une organisation

internationale.

II.-Ce dernier montant est obtenu à partir d'une attestation délivrée par l'organisme étranger ou l'organisation versant les prestations ou avantages familiaux.

III.-La comparaison entre le montant global des prestations familiales qui auraient été dues en application de la législation française et le montant global des prestations ou avantages familiaux étrangers versés au titre des enfants à charge au sens de la législation française est effectuée sur la base de montants mensuels.

Le droit à l'allocation différentielle débute le premier mois de droit simultané à un avantage ou une prestation étranger et à une prestation française. Ce même droit s'achève le dernier mois de droit à tout avantage ou prestation étranger ou aux prestations françaises.

La périodicité de versement de l'allocation différentielle est trimestrielle.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 2 : Prestations générales d'entretien

Chapitre 1er : Allocations familiales.

Article D521-1

Les taux servant au calcul des allocations familiales sont fixés en pourcentage de la base mensuelle prévue à l'article L. 551-1 à :

- 1°) 32 % pour le deuxième enfant à charge ;
- 2°) 41 % pour le troisième enfant à charge et chacun des suivants.

La majoration des allocations familiales prévue à l'article L. 521-3 est fixée à 16 % de la base mensuelle de calcul des prestations familiales.

Article D521-2

Le montant mensuel de l'allocation forfaitaire prévue au deuxième alinéa de l'article L. 521-1 est fixé à 20,234 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales par enfant.

Le nombre minimum d'enfants à charge mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 521-1 est fixé à trois.

Chapitre 2 : Complément familial.

Article D522-1

Le montant du complément familial est fixé à 41,65 p. 100 de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1.

Chapitre 3 : Allocation de soutien familial.

Article D523-1

Le droit à l'allocation de soutien familial est ouvert :

- 1°) pour l'enfant dont un seul des parents est décédé, à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel a eu lieu le décès, ou à compter du premier jour du mois civil suivant celui de la naissance si celle-ci est postérieure au décès ;
- 2°) pour l'enfant orphelin de père et de mère ou dont la filiation n'est pas établie, à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel il a été recueilli par la personne physique qui en assume la charge effective et permanente ;
- 3°) pour l'enfant dont la filiation n'est établie qu'à l'égard d'un de ses parents, à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel la filiation a été établie ;
- 4°) en cas de jugement accueillant une action en contestation de la filiation de l'enfant à l'égard de l'un des parents, à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel a été intentée l'action ;
- 5°) pour l'enfant dont l'un au moins des parents se soustrait ou se trouve hors d'état de faire face à son obligation d'entretien ou au versement de la pension alimentaire mise à sa charge par décision de justice, à compter du premier jour du mois civil suivant la date à laquelle le parent défaillant a cessé de faire face à cette obligation ou d'effectuer ce versement.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 3 : Prestation d'accueil du jeune enfant

Chapitre 1 : Dispositions générales relatives à la prestation d'accueil du jeune enfant

Article D531-1

L'âge limite de versement de la prestation d'accueil du jeune enfant mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1 est fixé à trois ans.

Article D531-2

I. - Le taux de la prime à la naissance de la prestation d'accueil du jeune enfant, mentionnée à l'article L. 531-2, est égal à 229,75 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1.

Le taux de la prime à l'adoption de la prestation d'accueil du jeune enfant, mentionnée à l'article L. 531-2, est égal à 459,5 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1.

II. - La prime à la naissance est versée avant la fin du dernier jour du mois civil suivant le sixième mois de la grossesse.

Lorsque la prime est attribuée au titre d'un enfant adopté ou confié en vue d'adoption, elle est versée au plus tard le deuxième mois qui suit l'arrivée des enfants au foyer des adoptants.

Article D531-3

Le taux de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant mentionnée à l'article L. 531-3 est égal à 45,95 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1.

Toutefois, le taux de l'allocation due au titre du mois de la naissance ou de l'arrivée de l'enfant au foyer, pour l'enfant adopté ou confié en vue d'adoption, est égal au produit du taux mentionné au premier alinéa et du rapport entre, d'une part, le nombre de jours restant à courir à compter de la date de la naissance ou de l'arrivée de l'enfant jusqu'à la fin du mois considéré et, d'autre part, le nombre total de jours de ce mois.

Article D531-4

I.-1° Le taux du complément de libre choix d'activité à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant mentionné au premier alinéa du 1 du I de l'article L. 531-4 est égal à 96, 62 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1.

2° Le taux du complément de libre choix d'activité à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant mentionné au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4 est égal à 157, 93 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1.

II.-Les taux du complément de libre choix d'activité à taux partiel mentionné à l'article L. 531-4 sont égaux :

1° Lorsque l'activité à temps partiel exercée ou la formation professionnelle rémunérée suivie est au plus égale à 50 % de la durée légale du travail ou de la durée considérée comme équivalente, à 62, 46 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1 ;

2° Lorsque l'activité à temps partiel exercée ou la formation professionnelle rémunérée suivie est supérieure à 50 % et au plus égale à 80 % de la durée légale du travail ou de la durée considérée comme équivalente, à 36, 03 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1.

Lorsque les deux membres d'un couple perçoivent le complément mentionné à l'alinéa précédent, le montant cumulé des deux compléments ne peut excéder le taux mentionné au 1° du I du présent article.

Article D531-5

Pour les élus locaux qui ont cessé leur activité professionnelle pour se consacrer à leur mandat, le complément de libre choix d'activité à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant mentionné au deuxième alinéa du I de l'article L. 531-4 est versé lorsque les indemnités de fonction perçues sont au plus égales à la fraction représentative des frais d'emploi telle que définie à l'article 204-0 bis du code général des impôts.

Pour les titulaires d'un mandat parlementaire qui ont cessé leur activité professionnelle pour se consacrer à leur mandat, le droit à ce complément est ouvert lorsque les indemnités perçues sont au

plus égales à la fraction représentative des frais d'emploi telle que définie au 1° de l'article 81 du code général des impôts.

Article D531-6

Pour les personnes mentionnées à l'article L. 772-1 du code du travail, le droit au complément de libre choix d'activité à taux partiel est ouvert, dans les conditions définies au II de l'article D. 531-4, sur la base d'une attestation de l'employeur précisant la quotité de travail exercée.

Article D531-7

Pour les personnes qui exercent des vacations, le droit au complément de libre choix d'activité à taux partiel est ouvert, dans les conditions définies au II de l'article D. 531-4, sur la base d'une attestation de l'employeur précisant la quotité de travail exercée, calculée en prenant en compte la durée de travail à temps plein du salarié occupant un emploi similaire dans l'établissement.

Article D531-8

Pour les catégories mentionnées à l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles, le complément de libre choix d'activité mentionné au 1° du II de l'article D. 531-4 est versé lorsqu'elles accueillent une personne.

Le complément de libre choix d'activité mentionné au 2° du II de l'article D. 531-4 est versé lorsqu'elles accueillent deux personnes.

Article D531-9

I.-Le bénéfice du complément de libre choix d'activité à taux partiel mentionné au 1° du II de l'article D. 531-4 est ouvert :

1° Aux salariés mentionnés à l'article L. 751-1 du code du travail lorsque le nombre d'heures de travail mensuel à temps partiel déclaré sur l'honneur par le demandeur est au plus égal à 50 % de la durée légale du travail et que cette activité à temps partiel ne lui procure pas une rémunération mensuelle nette excédant 106, 25 % du salaire minimum de croissance défini aux articles L. 141-1 à L. 141-9 du code du travail, multiplié par 169 ;

2° Aux personnes mentionnées aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 615-1 et à l'article L. 722-1 du présent code ainsi qu'aux articles L. 722-4, L. 722-9, L. 722-22 et L. 722-28 du code rural et de la pêche maritime, lorsque le nombre d'heures de travail mensuel à temps partiel déclaré sur l'honneur par le demandeur est au plus égal à 50 % de la durée légale du travail et que cette activité à temps partiel ne lui procure pas un revenu professionnel tel que retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu divisé par douze supérieur au montant visé au 1°.

II.-Le bénéfice du complément de libre choix d'activité à taux partiel mentionné au 2° du II de l'article D. 531-4 est ouvert aux catégories mentionnées au I, lorsque le nombre d'heures de travail mensuel à temps partiel déclaré sur l'honneur par le demandeur est supérieur à 50 % et au plus égal à 80 % de la durée légale du travail et que cette activité à temps partiel ne lui procure pas une rémunération mensuelle nette ou un revenu professionnel divisé par douze supérieur à 170 % du salaire minimum de croissance multiplié par 169.

III.-Pour les personnes mentionnées à l'article L. 751-1 du code du travail, le revenu professionnel mentionné au 1° du I et au II du présent article est justifié :

- a) A l'ouverture du droit, au titre des deux premiers mois de la période d'ouverture de droit ;
- b) Au renouvellement du droit, au titre des trois mois précédant la période de renouvellement du droit.

Pour les travailleurs non salariés, le revenu professionnel mentionné au 2° du I et au II du présent article donne lieu à justification a posteriori, pour chaque période de droit, lorsque les revenus desdites périodes de droit sont connus. Lorsque les revenus effectivement perçus au cours d'une période de droit sont supérieurs à ceux visés au 2° du I ou au II du présent article, l'organisme débiteur de prestations familiales procède au recouvrement des sommes indûment versées.

IV.-Pour les élus locaux qui cessent leur activité professionnelle pour se consacrer à leur mandat d'élu, le complément de libre choix d'activité à taux partiel est attribué dans les conditions définies au 2° du I et du II du présent article en prenant en compte le montant des indemnités de fonction tel que retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu divisé par douze.

Article D531-10

Pour les personnes mentionnées à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles, le droit au complément est ouvert en prenant en compte le nombre d'enfants gardés autorisé tel que défini au deuxième alinéa de ce même article et, pour chaque enfant gardé, le nombre de jours de garde ou de demi-journées de garde effectué le premier mois de la période d'ouverture du droit ou du renouvellement du droit.

Le droit au complément de libre choix d'activité à taux partiel mentionné au 1° du II de l'article D. 531-4 est ouvert si l'addition des jours de garde de chaque enfant divisée par le nombre d'enfants gardés puis rapportée au nombre de jours ouvrés du mois considéré est au plus égale à 50 %.

Le droit au complément de libre choix d'activité à taux partiel mentionné au 2° du II de l'article D. 531-4 est ouvert si l'addition des jours de garde de chaque enfant divisée par le nombre d'enfants gardés puis rapportée au nombre de jours ouvrés du mois considéré est supérieure à 50 % et au plus égale à 80 %.

Pour le calcul du droit au complément, un enfant est considéré comme gardé à temps plein s'il est gardé tous les jours ouvrés du premier mois de la période d'ouverture du droit.

Une demi-journée de garde est définie comme une durée de garde inférieure à quatre heures par jour et une journée de garde comme toute durée supérieure à celle-ci.

L'assistante maternelle fournit à l'organisme débiteur des prestations familiales une attestation du ou des employeurs précisant, pour chaque enfant gardé, le nombre de jours ou de demi-journées de garde pour le mois considéré.

Article D531-11

Pour les catégories de cadres mentionnées au III de l'article L. 212-15-3 du code du travail :

a) Le complément de libre choix d'activité à taux partiel mentionné au 1° du II de l'article D. 531-4 est versé lorsque le nombre de jours de travail fixé par le contrat de travail, rapporté au nombre de jours autorisé par l'accord collectif de branche ou d'entreprise ou à défaut au plafond de jours prévu au III de l'article L. 212-15-3 du code du travail, est au plus égal à 50 % ;

b) Le complément de libre choix d'activité à taux partiel mentionné au 2° du II de l'article D. 531-4 est versé lorsque le nombre de jours de travail fixé par le contrat de travail, rapporté au nombre de jours autorisé par l'accord collectif de branche ou d'entreprise ou à défaut au plafond de jours prévu au III de l'article L. 212-15-3 du code du travail, est supérieur à 50 % et au plus égal à 80 %.

Article D531-12

Lorsque la personne qui bénéficie du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant ne perçoit pas l'allocation de base de cette prestation, les taux mentionnés aux 1° et 2° du I et aux 1° et 2° du II de l'article D. 531-4 sont fixés respectivement à 142,57 %, 203,88 %, 108,41 % et 81,98 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1.

Article D531-13

Pour les personnes ayant un seul enfant à charge, le complément de libre choix d'activité est versé, en application du II de l'article L. 531-4, pendant une durée maximale de six mois.

Article D531-14

La durée de versement mentionnée au premier alinéa du IV de l'article L. 531-4 est fixée à douze mois.

En cas de naissances multiples d'au moins trois enfants, le complément de libre choix d'activité est attribué jusqu'à leur sixième anniversaire.

Lorsque le ménage ou la personne seule adopte ou accueille en vue d'adoption simultanément au moins trois enfants, la durée maximale de perception du complément de libre choix d'activité est de trois ans à compter de l'arrivée des enfants au foyer des adoptants.

Article D531-15

I. - Lorsque le complément de libre choix d'activité est attribué au titre d'un enfant à charge de rang supérieur à un, sont assimilées à une activité professionnelle :

1° Les périodes de perception d'indemnités journalières de maladie, maternité, accident du travail, appréciées selon les modalités prévues aux 1°, 2° et 5° de l'article R. 351-12 ;

2° Les périodes de perception d'indemnités journalières de repos pour adoption pour une durée d'un trimestre par enfant ;

3° Les périodes de perception de l'allocation de remplacement pour maternité prévue aux articles L. 615-19 et L. 722-8 du présent code et aux articles L. 732-10 à L. 732-14 du code rural et de la pêche maritime, pour une durée d'un trimestre par enfant ;

4° Les périodes de chômage indemnisé appréciées selon les modalités prévues au 4° de l'article R. 351-12 du présent code ;

5° Les périodes de formation professionnelle rémunérée au sens du livre IX du code du travail, appréciées selon les modalités prévues au dernier alinéa de l'article R. 351-9 du présent code ;

6° Les périodes de perception du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant ou de l'allocation parentale d'éducation en vertu de la réglementation applicable antérieurement au 1er janvier 2004.

II. - Lorsque ce complément est attribué au titre d'un seul enfant à charge, sont assimilées à de l'activité professionnelle les indemnités et allocations mentionnées aux 1° à 3° du I du présent article.

Article D531-16

En application du premier alinéa du VI de l'article L. 531-4, le versement du complément de libre choix d'activité à taux plein est prolongé de deux mois en cas de reprise d'une activité professionnelle du parent bénéficiaire lorsque l'enfant est âgé d'au moins dix-huit mois et de moins de trente mois. Ce dernier âge est porté à soixante mois lorsque le complément de libre choix d'activité à taux plein est attribué en application du V de l'article L. 531-4.

Pour bénéficier de cette disposition, le parent doit assumer la charge d'au moins deux enfants.

Article D531-16-1

La durée maximale mentionnée au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4 est fixée à douze mois.

L'activité professionnelle antérieure minimale mentionnée au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4 doit avoir été exercée pendant une période de référence égale aux cinq ans qui précèdent soit la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant au titre duquel le complément est demandé.

Pour bénéficier des dispositions des deuxième et troisième alinéas du VI de l'article L. 531-4, le parent doit assumer la charge d'au moins trois enfants.

Article D531-17

I.-Lorsque le ménage ou la personne emploie une assistante maternelle agréée, le montant maximal mensuel des cotisations et contributions sociales prises en charge en application du premier alinéa du II de l'article L. 531-5 est égal à 100 % des cotisations et contributions sociales mentionnées à cet article, à la condition que la rémunération servie à l'assistante maternelle, au titre de la garde de l'enfant, ne dépasse pas par jour et par enfant cinq fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance telle qu'elle résulte de l'application des articles L. 3231-1 à L. 3231-12 et L. 3423-1 du code du travail.

II.-Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail, le montant maximal mensuel des cotisations et contributions sociales prises en charge en application du deuxième alinéa du II de l'article L. 531-5 est égal à 50 % des cotisations patronales et salariales mentionnées à cet article, dans la limite d'un plafond.

III.-Le montant du plafond mentionné au II est revalorisé au 1er janvier de chaque année conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D531-18

Pour l'application des dispositions du III de l'article L. 531-5, il convient de prendre en compte les règles suivantes :

1° La prise en charge partielle de la rémunération par l'organisme débiteur des prestations familiales est fixée au maximum à 85 % du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles ;

2° L'aide prévue au 1° ne peut excéder un montant variable selon le barème suivant :

a) Lorsque le ménage a perçu des revenus au plus égaux à 45 % du plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1, le montant versé ne peut excéder 114,04 % de la base

mensuelle de calcul des allocations familiales ;

b) Lorsque le ménage a perçu des revenus supérieurs à 45 % du plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1 et au plus égaux à ce plafond, le montant versé ne peut excéder 71,91 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales ;

c) Lorsque le ménage a perçu des revenus supérieurs au plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1, le montant versé ne peut excéder 43,14 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales ;

3° Lorsque la charge de l'enfant ou des enfants est assumée par une personne seule, les plafonds de ressources mentionnés au 2° sont majorés de 40 %.

Article D531-19

I.-Pour l'application du cinquième alinéa du I de l'article L. 531-5, sont assimilées à une activité professionnelle les situations suivantes ;

1° Les périodes de perception d'indemnités journalières de maladie, maternité, paternité, repos pour adoption, accident du travail et de l'allocation de remplacement ;

2° Les périodes de chômage donnant lieu à versement d'indemnités mentionnées aux articles L. 5122-1 et L. 5422-1 du code du travail ;

3° Les périodes de formation professionnelle rémunérée au sens de la sixième partie du code du travail.

Article D531-20

Pour l'application des dispositions prévues au IV de l'article L. 531-5, lorsque l'âge de l'enfant est supérieur à celui fixé à l'article D. 531-1 et inférieur à six, il convient de prendre en compte les règles suivantes :

1° Le plafond de prise en charge des cotisations et contributions sociales, lorsque le ménage ou la personne emploie une personne visée à l'article L. 7221-1 du code du travail, est égal à la moitié du plafond prévu au deuxième alinéa de l'article D. 531-17 ;

2° Les montants maximaux fixés au 2° de l'article D. 531-18 pour le calcul de la prise en charge partielle de la rémunération sont divisés par deux.

Article D531-21

Lorsque la personne ou un membre du couple exerce une activité au plus égale à 50 % et bénéficie à ce titre du complément de libre choix d'activité à taux partiel :

1° Le plafond de prise en charge des cotisations et contributions sociales, lorsque le ménage ou la personne emploie une personne visée à l'article L. 7221-1 du code du travail, est égal à la moitié du plafond prévu au deuxième alinéa de l'article D. 531-17 ;

2° Les montants maximaux fixés au 2° de l'article D. 531-18 pour le calcul de la prise en charge partielle de la rémunération sont divisés par deux.

Article D531-22

Lorsqu'au cours d'un même mois, un ou plusieurs enfants sont gardés par une assistante maternelle agréée et par une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail, les cotisations et contributions sociales sont prises en charge au titre de chaque emploi dans les conditions prévues à l'article D. 531-17 et aux 1° des articles D. 531-20 et D. 531-21.

Pour le calcul de la prise en charge partielle de la rémunération, il est fait masse des rémunérations versées. Le montant maximal d'aide applicable est la somme des montants maximaux applicables à chaque enfant en fonction de son âge selon les modalités prévues aux 2° des articles D. 531-18, D. 531-20 et D. 531-21.

Article D531-23

I.-Pour l'application des quatre premiers alinéas de l'article L. 531-6, le complément de libre choix du mode de garde est versé au ménage ou à la personne qui, pour assurer la garde d'un enfant, recourt à une association ou à une entreprise répondant aux conditions définies :

1° Aux articles L. 7231-1 et L. 7232-1 du code du travail en cas de garde à domicile ;

2° A l'article L. 2324-1 du code de la santé publique en cas de garde par une assistante maternelle.

Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 531-6, le complément de libre choix du mode de garde est versé au ménage ou à la personne qui, pour assurer la garde d'un enfant, recourt à un établissement d'accueil de jeunes enfants autorisé à accueillir simultanément le nombre d'enfants mentionné au 4° de l'article R. 2324-17 du code de la santé publique.

Dans tous les cas, l'association, l'entreprise ou l'établissement ne doit pas percevoir, pour le même service au titre de son fonctionnement, de prestation financée par le Fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale des allocations familiales en application de l'article R. 263-1.

II.-La prise en charge partielle du coût de la garde par l'organisme débiteur des prestations familiales est fixée au maximum à 85 % de la dépense engagée par la personne ou le ménage.

III.-1° En cas de garde par une assistante maternelle, l'aide prévue au II ne peut excéder un montant variable selon le barème suivant :

a) Lorsque le ménage a perçu des revenus au plus égaux à 45 % du plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1, le montant versé ne peut excéder 172,57 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales ;

b) Lorsque le ménage a perçu des revenus supérieurs à 45 % du plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1 et au plus égaux à ce plafond, le montant versé ne peut excéder 143,81 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales ;

c) Lorsque le ménage a perçu des revenus supérieurs au plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1, le montant versé ne peut excéder 115,05 % de la base

mensuelle de calcul des allocations familiales ;

2° En cas de garde à domicile ou par un établissement d'accueil de jeunes enfants, l'aide prévue au II ne peut excéder un montant variable selon le barème suivant :

a) Lorsque le ménage a perçu des revenus au plus égaux à 45 % du plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1, le montant versé ne peut excéder 208,53 % de la base mensuelle de calcul des allocations ;

b) Lorsque le ménage a perçu des revenus supérieurs à 45 % du plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1 et au plus égaux à ce plafond, le montant versé ne peut excéder 179,76 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales ;

c) Lorsque le ménage a perçu des revenus supérieurs au plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1, le montant versé ne peut excéder 151,00 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales ;

3° Lorsque la charge de l'enfant ou des enfants est assumée par une personne seule, les plafonds de ressources mentionnés au 1° et au 2° du III sont majorés de 40 % ;

4° Le complément est versé par enfant en cas de garde par une assistante maternelle ou par un établissement d'accueil de jeunes enfants et par famille en cas de garde au domicile des parents.

IV.-Pour la garde d'un enfant répondant à la condition d'âge mentionnée au IV de l'article L. 531-5, les montants mentionnés au III sont divisés par deux.

V.-Le complément n'est pas dû si l'enfant n'est pas gardé au minimum seize heures dans le mois au titre duquel le complément est demandé.

VI.-Lorsqu'au cours d'un même mois un ou plusieurs enfants sont gardés selon plus d'un même mode de garde dans les conditions mentionnées au I et au V, il est fait masse, pour le calcul de l'aide, de l'ensemble des dépenses engagées pour ces modes de garde. Le montant maximal de l'aide est la somme des montants maximaux applicables à chaque enfant en fonction de son âge, mentionnés au 1° du III et au IV.

Lorsque le ménage ou la personne peut bénéficier, au cours d'un même mois, pour plusieurs enfants, de plusieurs compléments de libre choix du mode de garde en application de l'article L. 531-5 et de l'article L. 531-6, il est procédé de la façon suivante :

-il est d'abord calculé une aide par application de l'article D. 531-22, au titre des dépenses engagées dans les conditions mentionnées à l'article L. 531-5 ;

-il est ensuite calculé une aide par application des dispositions du VI ci-dessus au titre des dépenses engagées dans les conditions mentionnées à l'article L. 531-6.

Le cumul des deux aides ne peut excéder la somme des montants maximaux applicables à chaque enfant en fonction de son âge prévu au 1° du III ou au IV. Si l'enfant ou les enfants sont gardés uniquement à domicile, le cumul des deux aides ne peut excéder le montant mentionné au 2° du III ou au IV.

VII.-Le complément est versé mensuellement par l'organisme débiteur des prestations familiales sur justification des dépenses acquittées au titre d'un mois civil dans un délai maximum d'un mois à compter de la réception de cette justification.

VIII.-Lorsque la personne ou un membre du couple exerce une activité au plus égale à 50 % et

bénéficie à ce titre du complément de libre choix d'activité à taux partiel, le complément de libre choix du mode de garde versé en application de l'article L. 531-6 est attribué dans les conditions définies au IV.

Article D531-23-1

I.-Pour l'application du 1° du III de l'article L. 531-5 et du 1° de l'article L. 531-6, il est tenu compte des règles suivantes :

A. # Lorsque la personne ou les membres du ménage qui bénéficient du complément de libre choix du mode de garde travaillent et font garder leurs enfants selon des horaires spécifiques, les montants maximaux fixés aux 2° des articles D. 531-18, D. 531-20 et D. 531-21 et au III de l'article D. 531-23 sont majorés de 10 % dans les conditions prévues au présent article.

Sont prises en compte comme horaires spécifiques de travail les périodes comprises entre 22 heures et 6 heures ainsi que celles intervenant un dimanche ou un jour férié mentionné à l'article L. 3133-1 du code du travail.

La majoration est due si le nombre d'heures de garde en horaires spécifiques est supérieur ou égal à 25 heures dans le mois au titre duquel elle est demandée.

B. # Pour ouvrir droit à la majoration, le demandeur déclare le nombre d'heures de garde en horaires spécifiques :

1° Sur le formulaire mentionné à l'article L. 531-8 lorsque le complément du mode de garde est demandé au titre de l'article L. 531-5 ;

2° Sur l'attestation établie par l'association, l'entreprise habilitée ou l'établissement d'accueil de jeunes enfants pour la justification des dépenses de garde prévue au VII de l'article D. 531-23 lorsque le complément du mode de garde est demandé au titre de l'article L. 531-6.

C. # Le nombre d'heures de garde en horaires spécifiques est contrôlé par l'organisme débiteur des prestations familiales une fois par an sur la base d'une attestation annuelle du ou des employeurs de la personne ou des membres du ménage précisant, pour chacun des douze derniers mois, le nombre d'heures total effectuées en horaires spécifiques.

Lorsque le contrôle fait apparaître que le seuil de 25 heures de travail en horaires spécifiques ne peut être justifié ou n'a pas été atteint au titre d'un mois civil, l'organisme débiteur des prestations familiales procède au recouvrement de la majoration indûment versée.

D. # Le bénéfice de la majoration prévue au I est ouvert aux personnes mentionnées aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 613-1 du présent code et à l'article L. 722-9 du code rural et de la pêche maritime sur la base d'une attestation sur l'honneur qui comporte les mêmes indications que celles prévues au premier alinéa du III du présent article.

II.-Pour l'application du 2° du III de l'article L. 531-5 et du 2° de l'article L. 531-6, les montants maximaux fixés aux 2° des articles D. 531-18, D. 531-20 et D. 531-21 et au III de l'article D. 531-23 sont majorés de 30 %.

Article D531-24

La demande du complément de libre choix du mode de garde est faite auprès de l'organisme débiteur des prestations familiales.

L'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 531-8 adresse au demandeur les formulaires de déclaration des éléments nécessaires à la liquidation du complément.

Pour ouvrir droit au complément, le demandeur adresse à l'organisme de recouvrement le formulaire de déclaration correspondant au coût de la garde pour le mois considéré.

Le formulaire de déclaration peut également être adressé par voie électronique dans les conditions prévues aux premier à troisième alinéas du I de l'article L. 133-5.

L'organisme mentionné au deuxième alinéa du présent article assure le calcul et le recouvrement des cotisations et contributions sociales. Il délivre une attestation d'emploi permettant au salarié de justifier de ses droits aux prestations de sécurité sociale, d'assurance chômage et de retraite complémentaire. Il délivre également une attestation annuelle permettant à l'employeur de justifier de son droit à la réduction d'impôt prévue par l'article 199 sexdecies du code général des impôts ou celle prévue par l'article 199 quater D de ce même code.

Pour la gestion des missions mentionnées au précédent alinéa, l'organisme de recouvrement adhère à une convention établie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Article D531-25

Lorsque le prélèvement des cotisations n'est pas honoré, il est fait application des dispositions des articles R. 243-18, R. 243-19, R. 243-19-1, R. 243-20, R. 243-20-3 et R. 243-21.

Article D531-26

Pour l'application de l'article L. 531-10, le complément de libre choix d'activité ainsi que l'allocation de base continuent d'être versés pendant une période de trois mois dans la limite des conditions d'âge et de durée de versement mentionnées aux articles L. 531-3 et L. 531-4.

Chapitre 2 : Dispositions relatives aux examens médicaux de la mère et de l'enfant

Article D532-1

Une déclaration de grossesse doit être adressée par l'allocataire dans les quatorze premières

semaines de la grossesse à l'organisme d'assurance maladie ainsi qu'à l'organisme débiteur de prestations familiales de rattachement de l'intéressé.

La déclaration de grossesse est attestée par le document médical prévu à cet effet constatant la passation du premier examen prénatal, dont le modèle type est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D532-2

Si les examens mentionnés à l'article L. 533-1 ne sont pas passés, en l'absence de motifs légitimes, l'organisme débiteur de prestations familiales suspend le versement de la prestation d'accueil du jeune enfant sur demande du médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile. Cette suspension prend effet à compter du mois civil qui suit celui au cours duquel est transmise la demande du médecin.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 4 : Prestations à affectation spéciale

Chapitre 1er : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

Article D541-1

Le taux servant au calcul de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé proprement dite est fixé en pourcentage de la base mensuelle prévue à l'article L. 551-1 à 32 p. 100 pour chaque enfant à charge répondant aux conditions prévues à l'article R. 541-1.

Article D541-2

Le taux du complément de première catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est fixé à 24 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

Le taux du complément de deuxième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est fixé à 65 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

Le taux du complément de troisième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est fixé à 92 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

Le taux du complément de quatrième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est fixé à 142,57 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

Le taux du complément de cinquième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est fixé à 182,21 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

Le montant du complément de la sixième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est égal au montant de la majoration pour tierce personne accordée aux invalides de la 3e catégorie définis à l'article L. 341-4.

Article D541-3

La majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé prévue à l'article L. 541-4 est attribuée à toute personne isolée et bénéficiant de l'allocation mentionnée à l'article L. 541-1 ou de cette allocation et de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, dès lors que la commission des droits et de l'autonomie a accordé un complément en raison de l'état de l'enfant la contraignant à renoncer, cesser ou exercer une activité professionnelle à temps partiel ou exigeant le recours à tierce personne rémunérée.

La majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé est due pour chacun des enfants handicapés remplissant ces conditions.

Article D541-4

Le montant de la majoration spécifique pour enfant handicapé est égal à :

- a) 13 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales lorsqu'un complément de deuxième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé a été attribué ;
- b) 18 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales lorsqu'un complément de troisième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé a été attribué ;
- c) 57 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales lorsqu'un complément de quatrième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé a été attribué ;
- d) 73 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales lorsqu'un complément de cinquième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé a été attribué ;
- e) 107 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales lorsqu'un complément de sixième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé a été attribué.

Chapitre 2 : Allocation de logement familiale - Primes de déménagement - Prêts à l'amélioration de l'habitat

Section 1 : Dispositions générales - Champ d'application.

Article D542-1

Pour l'application du 3° de l'article L. 542-1, l'un et l'autre des époux ne doivent pas avoir atteint l'âge de quarante ans lorsque le mariage a été célébré.

La durée pendant laquelle l'allocation est due est fixée à cinq ans.

Le logement mis à la disposition d'un requérant par un des ascendants ou de ses descendants n'ouvre pas droit au bénéfice de l'allocation.

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 542-2 du code de la sécurité sociale, la notion de résidence principale doit être entendue au sens du logement effectivement occupé au moins huit mois par an soit par l'allocataire, soit par son conjoint ou concubin, soit par une des personnes à charge au sens de l'article D. 542-4 sauf obligation professionnelle, raison de santé ou cas de force majeure.

Article D542-2

La durée de la période prévue au 2° de l'article L. 542-2 pendant laquelle, si un logement devient surpeuplé par suite de naissance ou de la prise en charge d'un enfant ou d'un proche parent, les allocations sont maintenues, est fixée à quatre ans.

Cette dérogation peut être prolongée dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article D. 542-15, par période de deux ans renouvelable, après enquête sociale et au vu d'une attestation motivée du préfet certifiant que l'allocataire ne peut être logé conformément aux conditions fixées au 2° de l'article D. 542-14.

Section 2 : Conditions générales d'attribution

Article D542-3

L'allocation de logement est due à la date et aux conditions définies à l'article L. 542-2 du code de la sécurité sociale.

Le droit s'éteint à compter du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies, sauf si la clôture du droit résulte du décès de l'allocataire ou de son conjoint ou d'une personne à charge, auquel cas le droit prend fin le premier jour du mois civil suivant le décès.

Les changements intervenus dans la composition de la famille ou dans la situation de l'allocataire ou de son conjoint et qui sont de nature à modifier ses droits à l'allocation prennent effet et cessent de produire leur effet selon les règles ci-dessus définies respectivement pour l'ouverture et pour l'extinction des droits.

Toutefois, en cas de déménagement et en cas de conclusion ou de résiliation de l'une des conventions mentionnées à l'article L.351-2 du code de la construction et de l'habitation, le droit à l'allocation de logement, le cas échéant :

a) Est ouvert à compter du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies ;

b) S'éteint le dernier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies.

Article D542-4

Outre les enfants âgés de moins de vingt et un ans et qui, vivant au foyer de l'allocataire, sont à sa charge au sens des articles L. 512-3 et L. 513-1, sont également considérés comme à charge pour l'ouverture du droit à l'allocation de logement et le calcul de son montant les personnes vivant au foyer de l'allocataire ci-dessous désignées et dont les ressources déterminées dans les conditions prévues à l'article D. 542-10 n'excèdent pas le plafond individuel prévu à l'article L. 815-9 en vigueur au 31 décembre de l'année de référence, multiplié par 1, 25 :

1°) ascendants de l'allocataire ou de son conjoint, âgés d'au moins soixante-cinq ans ;

2°) ascendants de l'allocataire ou de son conjoint âgés d'au moins soixante ans et inaptes au travail, ou anciens déportés ou internés, titulaires de la carte de déporté ou interné de la Résistance ou de la carte de déporté ou interné politique, ou bénéficiaires des articles L. 161-19, L. 351-8 ou L. 643-3, ou des dispositions de la loi n° 75-1279 du 30 décembre 1975.

L'inaptitude reconnue au titre d'un régime d'assurance vieillesse résultant de dispositions législatives ou réglementaires s'impose à l'organisme ou service liquidateur.

Lorsqu'il est fait état de l'inaptitude au travail de l'ascendant, sans qu'une prestation de vieillesse ait été allouée à ce titre, l'organisme liquidateur communique le dossier de l'intéressé à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail de la circonscription de sa résidence. Toutefois, la caisse de mutualité sociale agricole est compétente, lorsque la dernière activité de l'ascendant exercée à titre principal est une profession agricole. L'organisme considéré détermine si, au regard de l'article L. 351-7 et des textes pris pour son application, l'intéressé est inapte au travail et signifie sa décision avec son avis motivé à l'organisme ou service liquidateur ;

3°) ascendants et descendants, ou frères et soeurs, ou oncles et tantes, ou neveux et nièces de l'allocataire ou de son conjoint atteints d'une infirmité entraînant une incapacité permanente au moins égale à 80 % ou se trouvant, compte tenu de leur handicap, dans l'impossibilité reconnue par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées de se procurer un emploi.

Article D542-5

I.-Pour les locataires autres que ceux mentionnés au II du présent article, le montant mensuel de l'allocation de logement est égal à la différence entre la dépense de logement éligible et une participation personnelle du ménage.

La dépense de logement éligible comprend le loyer principal retenu dans la limite d'un plafond, ainsi qu'un montant forfaitaire au titre des charges. Le plafond de loyer est fixé en fonction de la zone géographique et, sauf dans le cas où le logement occupé est une chambre, de la composition familiale.

La participation personnelle est la somme d'une participation minimale et du résultat de l'application d'un taux de participation aux ressources du bénéficiaire diminuées, dans la limite du montant desdites ressources, d'un montant fixé forfaitairement. Ce forfait est calculé par référence, d'une part, au montant forfaitaire mentionné au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles et, d'autre part, aux bases de calcul mentionnées à l'article L. 551-1 du présent code, selon des pourcentages fixés par arrêté conjoint des ministres chargés du logement, du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

Dans le cas du calcul de l'allocation de logement des colocataires, le loyer principal retenu représente le quotient du loyer effectivement payé par le nombre de cotitulaires du bail ou de l'engagement de location, le résultat étant pris en compte dans la limite du plafond de loyer qui correspond à la situation familiale de chacun des colocataires ; le montant forfaitaire de charges est celui qui correspond à la situation familiale de chacune des personnes ou ménages concernés.

Les ressources du bénéficiaire sont appréciées conformément aux articles D. 542-8 à D. 542-12 et arrondies aux 100 euros supérieurs.

Le taux de participation susvisé est obtenu par l'addition :

-d'un premier taux qui est fonction de la taille du ménage ;

-d'un second taux qui croît quand le loyer augmente dans la limite d'un plafond ; il est obtenu par l'application de taux croissants à des tranches successives de loyer ; ces tranches sont déterminées en proportion d'un loyer de référence fixé en fonction de la composition familiale. ;

II.-Pour les accédants à la propriété ainsi que pour les étudiants logés en résidence universitaire, le montant de l'allocation de logement est obtenu par l'application de la formule :

AL égal K (L + C-Lo)

Dans laquelle :

1°) AL représente le montant de l'allocation de logement ;

2°) K représente le coefficient de prise en charge déterminé, pour chaque intervalle de ressources de 100 euros, par la formule :

R

$K = 0,9 - 21,420,91 \times N$

dans laquelle :

R représente la limite supérieure de l'intervalle dans lequel se situent les ressources appréciées conformément à l'article D. 542-10 ;

N représente le nombre de parts déterminé dans les conditions prévues au 5° ;

Le coefficient K est arrondi à deux décimales par défaut.

3°) L représente selon le cas :

Soit le loyer principal effectivement payé défini à l'article D. 542-20 et éventuellement ramené au plafond mentionné à l'article D. 542-21 ;

Soit la somme prise en compte, dont il est fait état aux articles D. 542-25 et D. 542-28, et

éventuellement ramenée au plafond mentionné à l'article D. 542-27 ;

4°) C représente une majoration forfaitaire au titre des charges ;

5° Lo représente le loyer minimum. Ce loyer minimum est la part du loyer L défini au 3° qui doit rester à la charge de l'allocataire compte tenu des ressources du foyer définies aux articles D. 542-8 à D. 542-11 et de la composition de la famille. Ce loyer minimum est déterminé pour chaque intervalle de ressources de 100 Euros. Il est obtenu par l'application, à la limite supérieure de l'intervalle dans lequel se situent les ressources du foyer, de pourcentages fixés comme suit :

0 % pour la tranche de ressources inférieure ou égale à 1 423, 03 euros ;

2, 4 % pour la tranche de ressources comprise entre 1 423, 03 euros et 2 047, 61 euros ;

20, 8 % pour la tranche de ressources comprise entre 2 047, 61 euros et 2 629, 85 euros ;

23, 2 % pour la tranche de ressources comprise entre 2 629, 85 euros et 4 095, 05 euros ;

32, 8 % pour la tranche de ressources supérieure à 4 095, 05 euros.

Les limites inférieures et supérieures de chacune de ces tranches sont affectées des coefficients (ou nombre de parts) ci-après :

1, 5 pour un ménage sans enfant ;

2, 5 pour un ménage ou une personne avec un enfant ou personne à charge ;

3 pour un ménage ou une personne avec deux enfants ou personnes à charge ;

3, 7 pour un ménage ou une personne avec trois enfants ou personnes à charge ;

4, 3 pour un ménage ou une personne avec quatre enfants ou personnes à charge.

Ce dernier coefficient est majoré de 0, 5 par enfant ou par personne à charge supplémentaire.

Le loyer minimum ainsi obtenu est majoré d'un montant égal à 76, 32 euros.

Article D542-5-1

Pour les personnes qui perçoivent l'allocation de logement visée au II de l'article D. 542-5, la dépense nette de logement obtenue en déduisant de la somme du loyer principal pris en compte (L) et du montant forfaitaire des charges (C) le montant mensuel de l'allocation de logement doit être au moins égale à un minimum forfaitaire fixé à 15 euros.

Lorsque la dépense nette de logement est inférieure au minimum forfaitaire, il est appliqué au montant mensuel de l'allocation de logement un abattement égal à la différence constatée.

Dans les cas mentionnés aux 1°, 3° et 4° de l'article D 542-24, la mensualité nette obtenue en déduisant des charges mensuelles de prêts déclarés, majorées du montant forfaitaire des charges, le montant de l'allocation de logement due aux accédants, doit être au moins égale à un minimum déterminé par le produit d'un coefficient fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, de l'agriculture et du logement et du montant des ressources prises en compte pour le calcul de l'allocation de logement, déterminées en application des articles D 542-10 et D

542-11. Lorsque la mensualité nette est inférieure au minimum, il est appliqué au montant mensuel de l'allocation un abattement égal à la différence constatée.

Article D542-5-2

Le montant de l'allocation de logement, définie au I de l'article D. 542-5, est calculé selon la formule :

$$AL = L + C - Pp,$$

dans laquelle AL représente le montant mensuel de l'allocation de logement ;

L représente, pour une période d'un mois, le loyer principal effectivement payé pris en compte dans la limite du plafond de loyer fixé par arrêté ;

C représente le montant forfaitaire des charges défini au deuxième alinéa de l'article D. 542-21.

Pp représente la participation personnelle du ménage à la dépense de logement.

La participation personne Pp est calculée selon les dispositions ci-après.

La participation personnelle Pp est obtenue par la formule suivante :

$$Pp = Po + Tp \times Rp.$$

Po représente la participation minimale et est égale à la plus élevée des deux valeurs suivantes : 8,5 % de la dépense éligible définie au I de l'article D. 542-5 du même code ou 33,80 € ;

Tp représente le taux de participation personnelle ;

Rp est égal à la différence entre les ressources du bénéficiaire appréciées dans les conditions prévues au I de l'article D. 542-5 du même code et un montant forfaitaire, défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du logement, du budget et de l'agriculture ; Rp ne peut être inférieur à zéro.

Le taux de participation personnelle (Tp) du ménage, exprimé en pourcentage, est calculé selon la formule suivante :

$$Tp = Tf + Tl,$$

dans laquelle :

TF représente un taux fonction de la taille du ménage. Il est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du logement, du budget et de l'agriculture.

TL représente un taux complémentaire fixé par arrêté en fonction de la valeur du rapport RL entre le loyer retenu dans la limite du plafond et un loyer de référence. RL est exprimé en pourcentage arrondi à la deuxième décimale. Le loyer de référence est défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du logement, du budget et de l'agriculture.

Pour la détermination de TL, les taux et tranches de loyers sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du logement, du budget et de l'agriculture.

TL exprimé en pourcentage est arrondi à la troisième décimale.

Article D542-6

Les bénéficiaires sans personne à charge visées au 6° de l'article L. 542-1 sont assimilés aux ménages sans enfant pour le calcul de leur allocation de logement.

Article D542-7

L'allocation de logement est versée mensuellement.

L'allocation de logement n'est pas versée lorsque son montant est inférieur à 15 Euros par mois.

Article D542-8

Les dispositions du présent chapitre relatives à la résidence principale ou qui comportent la prise en compte des ressources s'appliquent dans les mêmes conditions au conjoint, au partenaire lié par un pacte civil de solidarité et au concubin.

Article D542-9

Les ressources prises en compte pour l'application de l'article D. 542-5 sont, soit celles perçues pendant l'année civile de référence prévue aux articles D. 542-20 à D. 542-28, par l'allocataire et son conjoint et par les personnes vivant habituellement au foyer, soit celles appréciées dans les conditions prévues à l'article R. 531-14.

Sont considérées comme vivant habituellement au foyer les personnes y ayant résidé pendant plus de six mois au cours de l'année civile précédant la période de paiement et y résidant à la date d'ouverture du droit ou au début de la période de paiement.

Article D542-10

Les ressources retenues sont celles perçues pendant l'année civile de référence. L'année civile de référence est l'avant-dernière année précédant la période de paiement.

Sous réserve des dispositions des articles R. 532-4 à R. 532-8 et D. 542-11 et des alinéas suivants du présent article, les ressources prises en considération s'entendent du total des revenus nets catégoriels retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu d'après le barème des revenus taxés à un taux proportionnel ou soumis à un prélèvement libératoire de l'impôt sur le revenu, ainsi que les revenus perçus hors de France ou versés par une organisation internationale et après :

a) La déduction au titre des créances alimentaires mentionnée au 2° du II de l'article 156 du code

général des impôts et majorées dans les conditions prévues au 7 de l'article 158 du code général des impôts ;

b) L'abattement mentionné à l'article 157 bis du code général des impôts pour les personnes nées avant le 1er janvier 1931 ou invalides quel que soit leur âge ;

Sont également prises en considération :

1° Après application de la déduction correspondant à celle mentionnée au deuxième alinéa du 3° de l'article 83 du code général des impôts, l'indemnité journalière mentionnée au 2° de l'article L. 431-1 du présent code ;

2° Les rémunérations mentionnées à l'article 81 quater de ce même code ;

Il est fait abstraction des déductions opérées en vertu de l'article 156-1 du code général des impôts au titre des reports des déficits constatés au cours d'une année antérieure à celle qui est prise en considération.

Lorsque les ressources de l'année de référence de l'allocataire ou de son conjoint ne proviennent pas d'une activité salariée et que ces ressources ne sont pas connues au moment de la demande ou du réexamen des droits, il est tenu compte des dernières ressources connues et déterminées dans les conditions prévues aux alinéas précédents. Ces ressources sont revalorisées par application du taux d'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation des ménages pour l'année civile de référence figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances.

Les ressources ci-dessus définies sont diminuées d'un abattement forfaitaire lorsque les deux conjoints ont exercé une activité professionnelle productrice de revenus au cours de l'année civile de référence et que chacun des deux revenus correspondants a été au moins égal à douze fois la base mensuelle de calcul des allocations familiales en vigueur au 1er juillet de ladite année.

Cet abattement est fixé à 95 euros.

Un abattement est opéré sur les ressources de la personne seule qui assume la charge d'un ou plusieurs enfants ou d'une ou plusieurs personnes au sens de l'article L. 542-1 et qui perçoit l'allocation de logement visée au II de l'article D. 542-5.

Cet abattement est fixé à :

901 euros pour les personnes seules assumant la charge d'un ou de deux enfants ou personnes au sens de l'article L. 542-1 ;

1 350 euros pour les personnes seules assumant la charge d'au moins trois enfants ou personnes au sens de l'article L. 542-1.

Lors de l'ouverture du droit ou en début de période de paiement, lorsque le demandeur poursuit des études ainsi que, le cas échéant, son conjoint, et que les ressources du ménage au titre de l'année civile de référence appréciées au sens des alinéas précédents sont inférieures à un montant minimal de ressources, les ressources du bénéficiaire ou du ménage sont réputées égales à ce montant. Un montant minimal de ressources inférieur à ce dernier est appliqué lorsque le demandeur est titulaire d'une bourse de l'enseignement supérieur qui n'est pas assujettie à l'impôt sur le revenu. Ces montants, fixés par arrêté conjoint des ministres chargés du logement, du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture, évoluent le 1er janvier de chaque année comme l'indice de référence des loyers défini à l'article 17 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 . Ils sont arrondis à la centaine d'euros la plus proche.

En cas d'accession à la propriété, lorsque le prêt est accordé postérieurement au 30 septembre 1992, si les ressources du bénéficiaire et de son conjoint, déterminées en application des alinéas précédents et des articles R. 532-8 et D. 542-11 sont inférieures à un montant égal à 16, 25 fois la mensualité de charges de prêt déclarées par l'allocataire, les ressources du bénéficiaire et de son conjoint sont réputées égales à ce montant sauf lorsqu'il y a lieu d'appliquer les dispositions des articles R. 532-4 à R. 532-7.

A compter du 1er octobre 1994, pour les contrats de prêts signés postérieurement au 30 septembre 1994, si les ressources du bénéficiaire et de son conjoint appréciées au sens des alinéas 1 à 9 du présent article et des articles R. 532-8 et D. 542-11 sont inférieures à un montant égal à 16, 25 fois la mensualité de charges de prêt déclarées par l'allocataire lorsque l'allocation est accordée en application du 1^o, 3^o ou 4^o de l'article D. 542-24, celles-ci sont réputées égales à ce montant, sauf lorsque, postérieurement à la date de signature du contrat de prêt et pendant la période d'accession en cours, il y a lieu d'appliquer les dispositions des articles R. 532-4 à R. 532-7.

Pour les contrats de prêts signés postérieurement au 30 septembre 1994, si les ressources du bénéficiaire et de son conjoint appréciées au sens des premier au neuvième alinéas du présent article et des articles R. 532-8, D. 542-11 et D. 542-12 sont inférieures à un montant forfaitaire lorsque l'allocation est accordée en application du 2^o de l'article D. 542-24, celles-ci sont réputées égales à ce montant sauf lorsque, postérieurement à la date de signature du contrat de prêt et pendant la période d'accession en cours, il y a lieu d'appliquer les dispositions des articles R. 532-4 à R. 532-7.

Le montant forfaitaire visé à l'alinéa précédent est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, de l'agriculture et du logement.

Les dispositions des dix-huitième, dix-neuvième et vingtième alinéas ne s'appliquent pas lorsque postérieurement à la date de signature du prêt et pendant la période d'accession en cours le bénéficiaire ou son conjoint se trouve dans l'obligation de cesser son activité professionnelle et est admis au bénéfice d'une pension d'invalidité, d'une rente d'accident du travail, de l'allocation aux adultes handicapés ou de l'allocation compensatrice.

Article D542-10-1

Lorsque le bénéficiaire justifie qu'en raison d'obligations professionnelles lui-même ou son conjoint est contraint d'occuper de manière habituelle un logement distinct de celui de son ou de leur lieu de résidence principale et qu'il supporte des charges de loyer supplémentaires afférentes à ce logement, il est procédé à un abattement forfaitaire sur les ressources de la personne ou du ménage déterminées dans les conditions prévues aux articles D. 542-10, D. 542-11 et D. 542-12.

L'abattement est appliqué à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le bénéficiaire doit supporter ces charges. Il est supprimé à compter du premier jour du mois civil au cours duquel le bénéficiaire cesse de les supporter.

Le montant de cet abattement est fixé par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, de l'agriculture et du logement.

Article D542-11

Sont exclus également du décompte des ressources les arrérages des rentes viagères constituées en faveur d'une personne handicapée et mentionnés à l'article 199 septies du code général des impôts.

Ne sont prises en compte que pour la fraction dépassant le plafond individuel prévu à l'article L. 815-9 du présent code, multiplié par 1,25, les ressources de chacune des personnes ci-dessous mentionnées, qui sont :

1°) ascendants de l'allocataire ou de son conjoint âgés d'au moins soixante-cinq ans ou d'au moins soixante ans en cas d'incapacité au travail ;

2°) "grands infirmes" au sens de l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles et sont ascendants, descendants ou collatéraux au deuxième degré ou au troisième degré de l'allocataire ou de son conjoint ;

3°) enfants de l'allocataire ou de son conjoint.

Article D542-14

Le logement au titre duquel le droit à l'allocation de logement est ouvert doit être occupé à titre de résidence principale et répondre aux conditions suivantes :

1° Remplir les caractéristiques de logement décent telles que définies par le décret n° 2002-120 du 30 janvier 2002 relatif aux caractéristiques du logement décent pris pour l'application des premier et deuxième alinéas de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 modifiée tendant à améliorer les rapports locatifs.

Lorsque le logement ne répond pas aux caractéristiques mentionnées à l'alinéa précédent ou que le propriétaire n'a pas produit l'attestation mentionnée au 2° du I de l'article D. 542-17, l'allocation de logement peut être accordée, à titre dérogatoire, par l'organisme payeur :

a) Aux personnes locataires, pour une durée de six mois, pour leur permettre de demander la mise en conformité du logement dans les conditions fixées à l'article 20-1 de la loi du 6 juillet 1989 susvisée ou d'engager une action en justice en application du c de l'article 6 de la même loi. L'organisme payeur doit en informer son conseil d'administration et le préfet. En cas de refus de dérogation, le préfet doit également être tenu informé ;

b) Aux personnes logées en hôtel meublé ou en pension de famille, pour une durée d'un an. L'organisme payeur doit en informer son conseil d'administration et le préfet.

Le préfet désigne alors, dans le cadre du plan départemental pour le logement des personnes défavorisées mentionné aux articles 2 et suivants de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990, un organisme privé ou public aux fins de proposer au propriétaire une solution adaptée d'amélioration du logement ou à l'allocataire une solution de relogement correspondant à ses besoins et à ses possibilités.

Cette dérogation peut être prorogée pour six mois par le conseil d'administration de l'organisme payeur si les travaux de mise aux normes, bien que décidés, n'ont pas encore pu être achevés à l'issue de la première année ou si la solution de relogement bien qu'acceptée par l'allocataire n'a pas encore pris effet dans le même délai.

En cas de refus de dérogation, le préfet doit également être tenu informé ;

c) Aux personnes visées à l'article D. 542-24. L'organisme payeur doit en informer son conseil d'administration et le préfet.

Ce dernier saisit le comité de pilotage du plan départemental pour le logement des personnes défavorisées mentionné ci-dessus afin qu'il examine avec l'allocataire une solution adaptée d'amélioration du logement. La dérogation est maintenue, sauf avis contraire du comité de pilotage.

En cas de refus de dérogation, le préfet doit également être tenu informé.

2° Présenter une surface habitable globale au moins égale à seize mètres carrés pour un ménage sans enfant ou deux personnes, augmentée de neuf mètres carrés par personne en plus dans la limite de soixante-dix mètres carrés pour huit personnes et plus.

Article D542-15

Lorsque la condition de superficie prévue au 2° de l'article D. 542-14 n'est pas remplie au moment de la demande, l'allocation de logement peut être accordée pour une durée de deux ans, à titre exceptionnel, par décision de la caisse d'allocations familiales ou de la caisse de mutualité sociale agricole concernée. Le conseil d'administration de l'organisme payeur et le préfet sont informés de la décision prise. En cas de refus de dérogation, le préfet doit également être tenu informé.

Le préfet désigne alors, dans le cadre du plan départemental pour le logement des personnes défavorisées, mentionné aux articles 2 et suivants de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en oeuvre du droit au logement, un organisme privé ou public aux fins de proposer à l'allocataire une solution de relogement correspondant à ses besoins et à ses possibilités.

Cette dérogation peut être prorogée par décision du conseil d'administration de l'organisme payeur, par période de deux ans renouvelable, après enquête sociale et au vu d'une attestation motivée du préfet certifiant que l'allocataire ne peut être logé conformément aux conditions fixées au 2° de l'article D. 542-14.

Article D542-16

L'allocation de logement est attribuée sur la demande de l'intéressé introduite auprès de la caisse ou de l'organisme habilité à verser les prestations familiales. Le modèle type de la formule de demande

est fixé par un arrêté concerté des ministres intéressés.

En aucun cas, lorsqu'il est fait application de la dérogation aux caractéristiques de logement décent prévue au 1° de l'article D. 542-14, l'allocation de logement ne peut être versée entre les mains du bailleur.

Article D542-17

I.-Le modèle de la demande d'allocation logement assortie de pièces justificatives tenant compte de la situation du demandeur ou allocataire, est déterminé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du logement.

II.-En cas de non-présentation avant le 1er janvier d'un état des personnes vivant habituellement au foyer, y compris les enfants à charge qui viennent y habiter périodiquement ou qui sont momentanément absents pour des raisons tenant à leur état de santé ou à leur éducation ainsi que d'une déclaration sur l'honneur indiquant le total des ressources perçues au cours de l'année civile de référence par l'intéressé et par toutes les personnes vivant habituellement au foyer dans les conditions déterminées aux articles D. 542-9 à D. 542-11, le paiement des allocations de logement peut être suspendu.

En cas de non-présentation des justifications relatives au paiement du loyer ou des mensualités d'accession à la propriété avant le 1er décembre, ou lorsque l'organisme payeur constate la constitution d'un impayé au sens de l'article D. 542-19, cet organisme notifie simultanément :

1° A l'allocataire, son intention de procéder au versement des mensualités d'allocation de logement entre les mains du bailleur ou du prêteur si celui-ci le demande ;

2° Au bailleur ou au prêteur, la possibilité qu'il aura de recevoir ce versement s'il en fait la demande.

A compter de ces notifications court un délai d'un mois. Durant ce délai :

a) L'allocataire peut présenter la justification prévue au a ci-dessus ou justifie par tous moyens avoir soldé sa dette ;

b) L'allocation continue à lui être versée.

A compter de l'expiration du délai, et si les justifications mentionnées à l'alinéa précédent n'ont pas été fournies, l'organisme payeur effectue le versement de l'allocation de logement entre les mains du bailleur ou du prêteur, si celui-ci en a fait la demande. Dans ce cas, il est fait application des dispositions des articles D. 542-22-1 à D. 542-22-3 et D. 542-29.

III.-A défaut de demande de versement entre ses mains émanant du bailleur ou du prêteur, l'organisme payeur suspend le versement de l'allocation de logement et, compte tenu de la situation du bénéficiaire, décide :

a) Soit de renvoyer le dossier au bailleur ou au prêteur aux fins de mettre en place dans un délai maximum de six mois un plan d'apurement de la dette ;

Sur présentation par le bailleur ou le prêteur dudit plan, signé par l'allocataire, l'organisme payeur reprend le versement de l'allocation de logement entre les mains du bailleur ou du prêteur, s'il en fait la demande, ou à défaut de l'allocataire, sous réserve de reprise de paiement régulier du loyer ou

des mensualités de la dette et de la bonne exécution du plan. Sont également versées, dans les mêmes conditions, les mensualités d'allocation de logement correspondant aux échéances impayées depuis la suspension du versement.

A défaut de réception du plan d'apurement dans le délai fixé et après mise en demeure du bailleur ou du prêteur, l'organisme payeur peut saisir directement le dispositif d'aide mentionné au b ci-dessous qui doit faire connaître sa décision dans un délai maximum de six mois. Il en est de même en cas de mauvaise exécution du plan d'apurement ou de constitution d'un nouvel impayé.

b) Soit de saisir directement un fonds local d'aide au logement et notamment le fonds de solidarité pour le logement prévu à l'article 6 de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 ou tout autre dispositif ou organisme à vocation analogue en lui demandant de lui faire connaître sa décision dans un délai maximum de douze mois.

Le bailleur ou prêteur, informé de cette saisine par l'organisme payeur, doit faire part de ses propositions au dispositif d'aide.

Au vu de la décision de celui-ci, l'organisme payeur reprend le versement de l'allocation de logement, qu'il verse entre les mains du bailleur ou du prêteur si celui-ci en a fait la demande ou à défaut entre les mains de l'allocataire, sous réserve de la reprise du paiement du loyer ou des mensualités et du respect des conditions fixées par le dispositif d'aide. Sont également versées dans les mêmes conditions les mensualités d'allocation de logement correspondant aux échéances impayées depuis la suspension du versement. En cas de non-respect des conditions fixées par le dispositif ou de constitution d'un nouvel impayé, l'organisme payeur suspend le droit à l'allocation de logement.

c) L'exécution régulière du plan d'apurement est vérifiée tous les douze mois par l'organisme payeur.

Article D542-18

Les changements dans les conditions de peuplement des locaux doivent être déclarés dans le délai d'un mois.

Les déménagements doivent être déclarés à la caisse ou à l'organisme dans le délai de six mois à dater du jour du déménagement.

Article D542-19

I. - La période de non-paiement des loyers ou de non-remboursement de la dette contractée en vue d'accéder à la propriété, à la suite de laquelle l'allocation de logement peut être versée entre les mains du prêteur ou du bailleur sur leur demande, est déterminée ainsi qu'il suit :

1° Pour les termes ou échéances de prêt d'une périodicité inférieure à trois mois, soit lorsque deux termes de loyer et charges ou deux échéances de prêt sont totalement impayés, soit lorsque l'allocataire est débiteur à l'égard du bailleur ou du prêteur d'une somme au moins équivalente en montant ;

2° Pour les termes ou échéances de prêt d'une périodicité supérieure ou égale à trois mois, soit à défaut de paiement du loyer et des charges ou de l'échéance de prêt dans le mois suivant leurs dates d'exigibilité, soit lorsque l'allocataire est débiteur à l'égard du bailleur ou du prêteur d'une somme au moins équivalente en montant.

II. - Le bailleur ou le prêteur peut alors obtenir de l'organisme payeur le versement entre ses mains de l'allocation de logement au lieu et place de l'allocataire.

A réception de la demande de versement direct l'organisme payeur en informe l'allocataire et lui notifie son intention de verser au bailleur ou au prêteur les mensualités d'allocation de logement sauf si l'intéressé justifie par tous moyens avoir acquitté sa dette de loyer ou de prêt avant l'expiration d'un délai d'un mois à compter de cette notification. Pendant ce délai l'allocation de logement continue à être versée à l'allocataire.

A l'expiration de ce délai l'organisme payeur effectue le versement de l'allocation de logement entre les mains du bailleur ou du prêteur, dans les conditions prévues aux articles D. 542-22-1 à D. 542-22-3 et D. 542-29.

III. - Lorsque l'allocation est versée entre les mains du prêteur ou du bailleur, en application des 1° et 2° du quatrième alinéa de l'article L. 553-4 et des e et g du 1° du I de l'article 31 du code général des impôts l'impayé est constitué :

1° En secteur locatif, soit lorsque trois termes consécutifs de loyers et charges déduction faite de l'allocation de logement sont totalement impayés, soit lorsque le locataire est débiteur à l'égard du bailleur d'une somme au moins égale à deux fois le montant mensuel brut du loyer et des charges ;

2° Dans le secteur de l'accession à la propriété :

a) En cas de périodicité trimestrielle, lorsque deux échéances de prêt consécutives déduction faite de l'allocation de logement sont totalement impayées ou lorsque l'emprunteur est débiteur à l'égard de l'établissement habilité d'une somme au moins égale à une échéance de prêt brute ;

b) En cas de périodicité mensuelle, lorsque trois échéances de prêt consécutives déduction faite de l'allocation de logement sont totalement impayées ou lorsque l'emprunteur est débiteur à l'égard de l'établissement habilité d'une somme au moins égale à deux échéances de prêt brutes.

Les mensualités d'allocation de logement indûment perçues sont recouvrées, notamment dans les conditions prévues par l'article L. 553-2.

En cas de suspension du paiement du loyer ou des arrérages des dettes contractées en vue d'accéder à la propriété consécutive à une contestation relative à l'étendue des obligations du débiteur et donnant lieu à instance judiciaire, le versement de l'allocation est suspendu par l'organisme payeur jusqu'à ce que la décision de justice rendue soit devenue définitive.

Section 3 : Dispositions relatives aux locataires.

Article D542-20

L'allocation de logement est versée, pendant une période de douze mois débutant au 1er janvier de chaque année. Elle est calculée sur la base du loyer effectivement payé pour le mois de juillet de l'année précédente.

En cas de changement dans la composition de la famille ou lorsque celle-ci s'installe dans un nouveau logement au cours de la période de paiement, il doit être procédé à une révision des bases de calcul de l'allocation de logement.

Lorsque le droit à l'allocation de logement n'est pas ouvert pour toute la durée de la période de douze mois précitée, l'allocation de logement est calculée et versée proportionnellement au nombre de mois pendant lesquels le droit est ouvert.

Article D542-21

Pour l'application des articles D. 542-5 et D. 542-20, le loyer principal effectivement payé est pris en compte dans la limite d'un plafond mensuel auquel s'ajoute, au titre des charges, la majoration forfaitaire mensuelle prévue à l'article D. 542-5.

Les plafonds mensuels de loyer et la majoration forfaitaire représentative des charges varient en fonction de la taille de la famille. Les plafonds de loyers varient en outre en fonction du lieu d'implantation du logement compte tenu de zones géographiques définies par arrêté.

Les montants mensuels des plafonds de loyers et de la majoration forfaitaire représentative des charges sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du logement.

Pour les étudiants logés en résidence universitaire, l'allocation de logement est calculée selon les modalités définies à l'article D. 831-2-1.

Lorsque le logement occupé est une chambre, le loyer principal effectivement payé est pris en compte dans la limite d'un plafond mensuel auquel s'ajoute la majoration forfaitaire mensuelle au titre des charges, fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, du logement et de l'agriculture.

Article D542-22

Sous réserve des dispositions du deuxième alinéa de l'article D. 542-19, à défaut de paiement du loyer dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article D. 542-19, le bailleur peut obtenir de l'organisme payeur le versement entre ses mains de l'allocation de logement au lieu et place de l'allocataire.

A réception de la demande, l'organisme payeur en informe l'allocataire et lui notifie son intention de

procéder au versement au bailleur des mensualités d'allocation de logement, sauf si l'intéressé justifie par tous moyens avoir soldé sa dette de loyer avant l'expiration d'un délai [*durée*] d'un mois à compter de cette notification. Pendant ce délai, l'allocation de logement continue à être versée à l'allocataire.

A compter de l'expiration du délai, l'organisme payeur effectue le versement de l'allocation de logement entre les mains du bailleur. Le versement est maintenu dans les conditions prévues aux articles D. 542-22-1 à D. 542-22-3 et D. 542-29.

Lorsque le demandeur appartient aux catégories énumérées aux articles D. 212-3 et suivants, cette faculté est exercée par le service liquidateur de l'allocation.

Article D542-22-1

En cas d'impayé de loyer au sens de l'article D. 542-19 (premier alinéa) et compte tenu de la situation du bénéficiaire, l'organisme payeur décide :

a) Soit de renvoyer le dossier au bailleur aux fins de mettre en place, dans un délai maximum de six mois, un plan d'apurement de la dette ;

Sur présentation par le bailleur de ce plan, signé par l'allocataire, l'organisme payeur maintient le service de l'allocation de logement et la verse entre les mains du bailleur, sous réserve de la reprise du paiement du loyer et de la bonne exécution du plan d'apurement.

A défaut de réception du plan d'apurement dans le délai fixé et après mise en demeure du bailleur, l'organisme payeur peut soit suspendre le droit à l'allocation de logement, soit saisir le dispositif d'aide mentionné au b, ci-dessous qui doit faire connaître sa décision dans un délai maximum de six mois. Il en est de même en cas de mauvaise exécution du plan d'apurement ou de constitution d'un nouvel impayé.

Toutefois, en cas de retard dans la mise en place du plan d'apurement ou de difficultés dans l'exécution de celui-ci, et dès lors que le locataire s'acquitte du paiement du loyer, l'organisme payeur peut décider le maintien du versement de l'allocation de logement.

b) Soit de saisir directement un fonds local d'aide au logement et notamment le fonds de solidarité pour le logement prévu à l'article 6 de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 ou tout autre dispositif ou organisme à vocation analogue en lui demandant de lui faire connaître sa décision dans un délai maximum de douze mois.

Le bailleur, informé de cette saisine par l'organisme payeur, doit faire part de ses propositions au dispositif d'aide.

Au vu de la décision de celui-ci, l'organisme payeur maintient le service de l'allocation de logement, qu'il verse entre les mains du bailleur, sous réserve de la reprise du paiement du loyer et du respect des conditions fixées par le dispositif d'aide.

Si le dispositif d'aide n'a pas fait connaître sa décision dans le délai précité, et après mise en demeure, l'organisme payeur suspend le droit à l'allocation de logement. Il en est de même en cas de non-respect des conditions fixées par le dispositif ou de constitution d'un impayé.

c) L'exécution régulière du plan d'apurement est vérifiée tous les douze mois par l'organisme payeur.

Article D542-22-2

Au terme du plan d'apurement, le versement de l'allocation de logement à l'allocataire est repris si celui-ci est à jour vis-à-vis de son bailleur.

Article D542-22-3

Il appartient à l'organisme payeur de décider du délai durant lequel l'allocation de logement peut être versée au bailleur ou au prêteur en application du 3° du quatrième alinéa de l'article L. 553-4.

Article D542-22-4

Lorsque l'allocation de logement est versée au bailleur en application des 1° et 2° du quatrième alinéa de l'article L. 553-4 et des e et g du 1° du I de l'article 31 du code général des impôts et que l'allocataire ne règle pas la part de dépense de logement restant à sa charge, le bailleur doit, dans un délai de trois mois après la constitution de l'impayé au sens de l'article D. 542-19 (III), porter la situation de l'allocataire défaillant à la connaissance de l'organisme payeur.

Si le bailleur ne saisit pas l'organisme payeur dans le délai susmentionné, il doit rembourser à celui-ci l'allocation de logement versée depuis la défaillance de l'allocataire jusqu'à la saisine éventuelle de l'organisme payeur.

Le versement de l'allocation de logement est maintenu, sur décision de l'organisme payeur, pendant la durée fixée en application de l'article D. 542-22-3.

Pendant cette période, et compte tenu de la situation du bénéficiaire, l'organisme payeur décide :

a) Soit de renvoyer le dossier au bailleur aux fins de mettre en place dans un délai maximum de six mois un plan d'apurement de la dette.

Sur présentation par le bailleur dudit plan signé par l'allocataire, l'organisme payeur maintient le service de l'allocation de logement, sous réserve de la reprise du paiement du loyer et de la bonne

exécution du plan d'apurement.

A défaut de réception du plan d'apurement dans le délai fixé et après mise en demeure du bailleur, l'organisme payeur peut soit suspendre le droit à l'allocation de logement, soit saisir le dispositif d'aide mentionné au b ci-dessous, qui doit faire connaître sa décision dans un délai maximum de six mois. Il en est de même en cas de mauvaise exécution du plan d'apurement ou de constitution d'un nouvel impayé.

Toutefois, en cas de retard dans la mise en place du plan d'apurement ou de difficultés dans l'exécution de celui-ci, et dès lors que le locataire s'acquitte du paiement du loyer, l'organisme payeur peut décider le maintien du versement de l'allocation de logement.

b) Soit de saisir directement un fonds local d'aide au logement, et notamment le fonds de solidarité pour le logement prévu à l'article 6 de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990, ou tout autre dispositif ou organisme à vocation analogue en lui demandant de faire connaître sa décision à l'organisme payeur dans un délai maximum de douze mois.

Le bailleur, informé de cette saisine par l'organisme payeur, doit faire part de ses propositions au dispositif d'aide susmentionné.

Au vu de la décision de celui-ci, l'organisme payeur maintient le service de l'allocation de logement, sous réserve de la reprise du paiement du loyer et du respect des conditions fixées par le dispositif d'aide.

Si le fonds ou l'organisme mentionné au b ci-dessus n'a pas fait connaître sa décision dans le délai précité, et après mise en demeure, l'organisme payeur suspend le droit à l'allocation de logement. Il en est de même en cas de non-respect des conditions fixées par le dispositif ou de constitution d'un nouvel impayé.

c) L'exécution régulière du plan d'apurement est vérifiée tous les douze mois par l'organisme payeur.

Article D542-22-5

Lorsqu'une procédure de surendettement a été engagée, préalablement ou parallèlement à l'engagement des procédures prévues aux articles D. 542-22-1 et D. 542-22-4, le versement de l'aide est maintenu pendant le délai prévu pour l'orientation du dossier de surendettement. A réception du plan conventionnel de redressement, l'organisme payeur maintient le versement de l'allocation sous réserve de la reprise du paiement du loyer ou de l'échéance d'emprunt et du respect des conditions prévues par la commission de surendettement.

Article D542-22-6

Pour le rétablissement du versement de l'allocation de logement, la signature du protocole d'accord, conclu en application de l'article L. 442-6-5 et du 7^e alinéa de l'article L. 442-8-2 du code de la construction et de l'habitation, est subordonnée à l'approbation préalable du plan d'apurement par l'organisme payeur.

L'organisme payeur fixe les modalités du versement du rappel de l'aide pendant la période comprise entre l'interruption du versement par l'organisme payeur et la signature du protocole.

Ces modalités doivent tenir compte de la situation financière du bénéficiaire et du plan de résorption de la dette établi avec le bailleur. A ce titre, l'organisme payeur décide du versement du rappel d'aide :

- soit en une seule fois si le montant du rappel ou de la dette est peu élevé ;
- soit par versements semestriels échelonnés sur la durée du plan d'apurement et sous réserve de sa bonne exécution. Dans ce cas, le premier versement est effectué trois mois après la reprise du paiement par l'occupant des échéances prévues par le protocole.

En cas de non-respect par l'occupant des engagements contenus dans le protocole, le bailleur est tenu d'en informer l'organisme payeur qui suspend le versement du rappel.

L'organisme payeur maintient l'allocation de logement pendant une durée qui ne peut excéder six mois pour permettre la négociation d'un nouveau plan d'apurement entre le bailleur et l'occupant. Ce nouveau plan d'apurement fait l'objet d'un avenant au protocole, la durée totale de ce dernier ne pouvant être supérieure à cinq ans. Si l'organisme payeur ne reçoit pas le plan d'apurement dans le délai précité, ou s'il ne l'approuve pas, le versement de l'aide est suspendu.

Article D542-23

Dans les cas prévus à l'article L. 542-7, l'organisme payeur peut suspendre le versement des allocations de logement après avertissement motivé adressé au bénéficiaire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Si, dans un délai qui ne peut être inférieur à trois mois, l'allocataire n'a pas procédé à la remise en état de son logement ou a persisté dans son refus de se soumettre au contrôle prévu par la loi, le versement des allocations est interrompu.

Section 4 : Dispositions relatives aux accédants à la propriété.

Article D542-24

L'allocation de logement est accordée au titre de la résidence principale :

1°) aux personnes propriétaires du logement pendant la période au cours de laquelle elles se libèrent de la dette contractée pour accéder à la propriété dudit logement et, le cas échéant, de celle contractée en même temps pour effectuer des travaux destinés à permettre l'ouverture du droit à l'allocation de logement ;

2° Aux personnes qui se libèrent d'une dette contractée en vue d'effectuer des travaux figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 321-15 du code de la construction et de l'habitation ;

3°) aux personnes qui ont souscrit un contrat de location-attribution ;

4°) aux personnes qui se libèrent d'une dette contractée en vue soit d'agrandir leur logement, soit d'aménager à usage de logement des locaux non destinés à l'habitation lorsque ces travaux répondent aux normes techniques imposées pour le bénéfice prêts conventionnés mentionnés à l'article R. 331-63 du code de la construction et de l'habitation.

Article D542-25

Sont seuls pris en considération par les organismes payeurs pour le calcul de l'allocation de logement sous déduction des primes ou bonifications :

1°) les charges d'intérêts et d'amortissements et les charges accessoires au principal de la dette, afférentes aux emprunts contractés en vue de l'accession à la propriété d'un logement et qui ont fait, pour chacun d'entre eux, l'objet d'un certificat daté, notifié au demandeur par les organismes prêteurs précisant les modalités et la périodicité des paiements et présenté à l'appui de la demande d'allocation de logement ;

2°) Les charges d'intérêts et d'amortissements et les charges accessoires afférentes aux emprunts substitués à ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus, dans la limite des sommes restant dues en capital sur le montant du premier prêt ;

3°) les charges afférentes au paiement de tout ou partie du prix d'achat ou ayant pour objet de financer les dépenses jugées indispensables à la délivrance du certificat de conformité dans les conditions prévues au 1° ci-dessus ;

4°) le versement des primes de l'assurance-vie contractée par le bénéficiaire en garantie de l'exécution des engagements souscrits.

Article D542-26

Ne sont notamment pas pris en considération par les organismes payeurs de l'allocation de logement :

1°) les remboursements effectués par le bénéficiaire en anticipation des obligations résultant des contrats de prêts qu'il a souscrits ;

2°) [*abrogé*]

3°) les prêts constituant une obligation au porteur.

Toutefois, peuvent être pris en considération les prêts au logement consentis par les banques ou les établissements financiers et en représentation desquels des billets à ordre ont été créés en vue d'une mobilisation éventuelle de la créance, dès lors que, dans le contrat de prêt lui-même, le créancier et le débiteur sont expressément désignés et que les paiements sont effectifs.

Article D542-27

Les sommes prises en compte mensuellement pour le calcul de l'allocation de logement ne peuvent dépasser un plafond mensuel fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, de l'agriculture et du logement qui répond aux conditions définies au deuxième alinéa de l'article D. 542-21 et applicable pour la période au cours de laquelle le certificat prévu à l'article D. 542-25 a été établi.

Le plafond ainsi retenu ne pourra, en aucun cas, être inférieur à celui applicable au moment de l'entrée dans les lieux sous la réserve qu'il s'agisse d'un local habité pour la première fois par le bénéficiaire.

Lesdites sommes sont augmentées, au titre des charges, d'une majoration forfaitaire mensuelle variable avec la taille de la famille et dont le montant est fixé par l'arrêté prévu à l'article D. 542-21.

Lorsque plusieurs personnes ou ménages constituant des foyers distincts occupent le même logement et qu'ils sont copropriétaires du logement et cotitulaires du prêt, pour le calcul de l'allocation de logement :

- l'élément L représente le quotient de la somme prise en compte au titre des charges mentionnées à l'article D. 542-25 par le nombre de copropriétaires, cotitulaires du prêt ouvrant droit à l'allocation de logement, le résultat étant pris en compte dans la limite de la mensualité plafond mentionnée au premier alinéa du présent article qui correspond à la situation familiale de chacun des intéressés ;

- il est fait application à chaque personne ou ménage concerné du coefficient N et de l'élément C prévu au II de l'article D. 542-5 correspondant à sa situation familiale.

Article D542-28

L'allocation de logement est versée mensuellement pendant une période de douze mois débutant au

1er janvier de chaque année. Elle est calculée sur la base de la mensualité acquittée au titre des charges mentionnées à l'article D. 542-25.

Le bénéficiaire doit, à la demande de l'organisme payeur, justifier des sommes susceptibles d'être prises en considération et qu'il a effectivement versées.

Lorsque le droit à l'allocation n'est pas ouvert pour toute la période de douze mois précitée, l'allocation de logement est calculée et versée proportionnellement au nombre de mois pendant lesquels le droit est ouvert.

En cas de changement dans la composition de la famille ou encore lorsque la famille s'installe dans un nouveau local au cours de la période de paiement, il doit être procédé, sur demande des intéressés, à une révision des bases de calcul de l'allocation.

Article D542-29

Sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article D. 542-19, à défaut de paiement des sommes définies à l'article D. 542-25 dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article D. 542-19, le prêteur peut obtenir de l'organisme payeur le versement entre ses mains de l'allocation de logement au lieu et place de l'allocataire dans les conditions fixées par les articles D. 542-22, D. 542-22-1, D. 542-22-2 et D. 542-22-3.

Lorsque l'allocation de logement est versée au prêteur en application du 2° du quatrième alinéa de l'article L. 553-4 et que l'allocataire ne règle pas la part de dépense de logement restant à sa charge, il est fait application des dispositions de l'article D. 542-22-4.

Section 5 : Dispositions relatives à certaines catégories d'allocataires.

Article D542-30

En cas de logement en hôtel, pension de famille ou établissement similaire ou lorsque le bénéficiaire occupe un logement loué en meublé, le prix du loyer est remplacé par les deux tiers du prix effectivement payé dans la limite du loyer-plafond.

Dans le cas d'un local à usage mixte d'habitation et professionnel, il n'est pas tenu compte des majorations de loyers résultant de l'affectation d'une partie des lieux à l'exercice d'une profession.

Lorsque le logement est compris dans les locaux relevant du statut du fermage, lorsque le logement est à usage mixte d'habitation et commercial ou lorsqu'il est loué à titre d'accessoire du contrat de travail, l'évaluation du loyer est faite en tant que de besoin par référence à celui de logements similaires dans la même commune ou dans des communes avoisinantes. Toutefois, le loyer pris en considération ne peut excéder celui qui résulterait des dispositions des articles 27 et 30 de la loi du 1er septembre 1948 si le logement a été construit antérieurement au 1er septembre 1948 et n'est pas situé dans une commune où, en application de l'article 3 bis de ladite loi, les prix des locations nouvelles sont libres.

Jusqu'à la date de transformation de leur contrat dans les conditions prévues par le code de la construction et de l'habitation, les allocations de logement servies aux associés locataires coopérateurs d'une société anonyme coopérative d'HLM de location coopérative sont calculées compte tenu du loyer effectivement payé et, le cas échéant, des annuités de remboursement des emprunts contractés pour participer au financement de la construction dans la limite d'un plafond fixé par l'arrêté prévu à l'article D. 542-21.

Section 6 : Primes de déménagement.

Article D542-31

La prime de déménagement est attribuée aux personnes ou ménages ayant à charge au moins trois enfants nés ou à naître et qui s'installent dans un nouveau logement dans les conditions suivantes :

Sous réserve des dispositions des articles D. 542-32 et D. 542-33, le droit est ouvert si l'emménagement a lieu au cours d'une période comprise entre le premier jour du mois civil suivant le troisième mois de grossesse au titre d'un enfant de rang trois ou plus et le dernier jour du mois précédant celui au cours duquel le même enfant atteint son deuxième anniversaire.

Article D542-32

La prime de déménagement n'est due que si le droit aux allocations de logement est ouvert au titre du nouveau local, dans un délai maximum de six mois, à compter de la date du déménagement. Elle est due dans ce cas même si, en application des dispositions de l'article D. 542-7, il n'est pas procédé au versement de ladite allocation.

La demande doit être formée auprès de la caisse ou de l'organisme payeur six mois au plus tard après la date de déménagement. Le modèle type de la demande et les pièces justificatives à fournir sont déterminés par arrêté.

Article D542-33

Est interdit le cumul des primes de déménagement prévues par l'article D. 542-31 et de toutes allocations, quelle qu'en soit l'origine, destinées à couvrir les frais de déménagement. Toutefois, lorsque le montant de ces dernières est inférieur au montant des primes de déménagement ci-dessus mentionnées, la différence est versée par la caisse ou l'organisme payeur.

Article D542-34

Le montant des primes de déménagement est fixé dans la double limite des dépenses justifiées réellement engagées par le bénéficiaire et d'un plafond s'exprimant en pourcentage de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

Ce pourcentage est égal à 240 p. 100 pour les familles de trois enfants nés ou à naître, avec majoration de 20 p. 100 par enfant né ou à naître au-delà du troisième.

Section 7 : Prêts à l'amélioration de l'habitat.

Article D542-35

Les prêts prévus au 1° de l'article L. 542-9 sont accordés par les caisses, organismes, collectivités et administrations chargés du paiement des prestations familiales, en application de l'article L. 212-1 du présent code et de l'article 1090 du code rural. Ces prêts ne peuvent être attribués qu'aux allocataires ayant la qualité de propriétaires, de locataires ou occupants de bonne foi des locaux qu'ils habitent. Ils doivent être destinés à permettre l'exécution de travaux d'aménagement ou de réparations comportant une amélioration des conditions de logement.

Les prêts prévus au 2° de l'article L. 542-9 peuvent être accordés aux assistants maternels, qu'ils soient ou non allocataires, ayant la qualité de propriétaires, de locataires ou d'occupants de bonne foi des locaux qui constituent le lieu d'accueil de l'enfant. Ils doivent être destinés à permettre l'exécution de travaux visant à améliorer le lieu d'accueil, la santé ou la sécurité des enfants gardés par l'assistant maternel. Lorsque ce dernier exerce à son domicile, le prêt peut également viser à faciliter l'obtention, le renouvellement ou l'extension de l'agrément mentionné à l'article D. 421-4 du code de l'action sociale et des familles. Les dépenses des travaux de mise aux normes mentionnés à l'article L. 123-1 du code de la construction et de l'habitation d'une maison d'assistant maternel ne sont pas éligibles aux prêts prévus au 2° de l'article L. 542-9.

Article D542-36

Les prêts peuvent atteindre 80 % des dépenses effectuées par l'entrepreneur, ou l'assistant maternel, dans la limite d'un maximum de 1 067,14 euros. Les prêts prévus au 2° de l'article L. 542-9 peuvent atteindre 80 % des dépenses effectuées par l'assistant maternel, dans la limite d'un maximum de 10 000 euros.

Article D542-37

Les prêts sont remboursables par fractions égales, en trente-six mensualités au maximum, exigibles à compter du sixième mois qui en suit l'attribution.

Chaque mensualité est majorée d'un intérêt calculé à raison de 1 p. 100 de son montant.

Par dérogation aux alinéas ci-dessus, les prêts accordés aux assistants maternels sont remboursables

par fractions égales, en cent vingt mensualités au maximum, exigibles à compter du sixième mois qui en suit l'attribution. Aucune majoration d'intérêt ne peut être réclamée sur ces mensualités.

Article D542-38

Lorsqu'une famille ou un assistant maternel bénéficiaire d'un prêt quitte volontairement son logement avant l'extinction de sa dette pour s'installer dans un local dont les conditions d'habitation et de peuplement sont inférieures, les sommes restant dues deviennent exigibles.

Lorsqu'un assistant maternel renonce à exercer son activité, perd ou n'obtient pas son agrément avant l'extinction de sa dette, les sommes restant dues deviennent exigibles, sauf s'il poursuit son activité en vertu d'un autre agrément.

Article D542-39

Les sommes que les caisses, organismes, collectivités et administrations sont autorisés à affecter pour chaque période de douze mois commençant le 1er janvier au service des prêts destinés à l'amélioration de l'habitat et à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant ne devront pas excéder 0,50 % du montant total des prestations familiales ayant donné lieu à paiement au cours de la période de douze mois précédant le 30 décembre de l'année antérieure et mentionnées à l'article L. 511-1 du présent code et à l'article L. 732-1 du code rural et de la pêche maritime.

Le montant des remboursements de prêts majorés de l'intérêt de 1 %, perçus par les caisses, organismes, collectivités et administrations ne peut, en aucun cas, entraîner un dépassement du pourcentage de 0,50 % mentionné à l'alinéa précédent.

Article D542-40

Pour chaque régime de prestations familiales, un arrêté, pris conjointement par les ministres intéressés et le ministre chargé du budget, détermine les modalités d'application de la présente section.

Chapitre 3 : Allocation de rentrée scolaire.

Article D543-1

Le taux servant au calcul de l'allocation de rentrée scolaire, applicable au 1er août de l'année considérée, est fixé pour chaque enfant ainsi qu'il suit, en pourcentage de la base mensuelle de calcul des allocations familiales prévue à l'article L. 551-1 :

1° 89,72 % lorsque l'enfant, au 31 décembre de l'année civile de la rentrée scolaire considérée, n'a pas encore atteint l'âge de onze ans ;

2° 94,67 % lorsque l'enfant, au 31 décembre de l'année civile de la rentrée scolaire considérée, a

atteint l'âge de onze ans mais n'a pas atteint l'âge de quinze ans ;

3° 97,95 % lorsque l'enfant, au 31 décembre de l'année civile de la rentrée scolaire considérée, a déjà atteint l'âge de quinze ans.

Article D543-2

Lorsque le total des montants d'allocation de rentrée scolaire dû à la personne ou au ménage est inférieur à 15 Euros, celui-ci n'est pas versé.

Chapitre 4 : Allocation journalière de présence parentale

Article D544-1

L'allocation journalière de présence parentale est versée dans la limite d'une durée maximale de trois ans pour un même enfant et par maladie, accident ou handicap et du nombre maximum d'allocations journalières mentionné à l'article L. 544-3.

Article D544-2

Lorsque la durée prévisible de traitement de l'enfant, fixée par le médecin qui le suit, est supérieure à six mois, elle fait l'objet, à l'issue de cette période de six mois, d'un réexamen. Le médecin peut alors fixer une nouvelle durée prévisible, réexaminée dans les mêmes conditions. Le droit à la prestation est alors renouvelé dans la limite de la durée maximale mentionnée à l'article D. 544-1.

Article D544-3

Au cours d'une période de trois ans à compter de la date d'ouverture du droit à l'allocation journalière de présence parentale, en cas de rechute de la pathologie au titre de laquelle le droit avait été ouvert et dès lors que les conditions visées aux articles L. 544-1 et L. 544-2 sont réunies, ce droit peut être ouvert à nouveau. Le décompte de la durée de la période de droit et du nombre maximum d'allocations journalières qui pourront être versées au cours de celle-ci s'effectue à partir de la date initiale d'ouverture du droit.

Article D544-4

Le nombre d'allocations journalières versées pour un même enfant au titre d'un mois civil à l'un ou

aux deux membres du couple ne peut être supérieur à 22.

Article D544-5

En cas de nouvelle pathologie de l'enfant, un nouveau droit est ouvert dans les conditions prévues à l'article D. 544-1.

Article D544-6

Le montant de l'allocation journalière de présence parentale est fixée à 10,63 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

Lorsque la charge de l'enfant au titre duquel le droit a été ouvert est assumée par une personne seule, le montant visé au premier alinéa est fixé à 12,63 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

Article D544-7

Lorsque la maladie, le handicap ou l'accident de l'enfant occasionnent directement des dépenses mensuelles supérieures ou égales à un montant fixé à 27,19 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales, un complément forfaitaire mensuel pour frais du même montant est attribué.

Pour l'attribution du complément pour frais, le montant des ressources du ménage ou de la personne assumant la charge du ou des enfants, apprécié dans les conditions prévues à l'article R. 532-1, ne doit pas dépasser le plafond annuel fixé en application de l'article R. 522-2.

Article D544-8

Le nombre d'allocations journalières de présence parentale versées mensuellement aux personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 544-8 est égal à 22.

Toutefois, les travailleurs à la recherche d'un emploi qui exercent une activité occasionnelle rémunérée et qui bénéficient d'un congé de présence parentale dans les conditions prévues à l'article L. 122-28-9 du code du travail perçoivent l'allocation journalière de présence parentale dans les conditions définies à l'article L. 544-1.

Article D544-9

Chaque mois au plus, les bénéficiaires adressent à l'organisme débiteur des prestations familiales :

1° Pour les personnes bénéficiaires d'un congé de présence parentale dans les conditions prévues à l'article L. 122-28-9 du code du travail, une attestation visée par l'employeur indiquant le nombre de jours de congés de présence parentale pris au cours de la période considérée ;

2° Pour les travailleurs en formation professionnelle rémunérée, une attestation du formateur indiquant que la formation professionnelle rémunérée a été interrompue ainsi qu'une déclaration sur l'honneur attestant que cette interruption est motivée par la nécessité de soins contraignants et d'une présence soutenue auprès de l'enfant malade ;

3° Pour les personnes à la recherche d'un emploi, une déclaration sur l'honneur de cessation de recherche active d'emploi et attestant que cette cessation de la recherche d'emploi est motivée par la nécessité de soins contraignants et d'une présence soutenue auprès de l'enfant malade ;

4° Pour les personnes visées aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 615-1 du présent code, à l'article L. 722-9 du code rural et de la pêche maritime, ou aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, une déclaration sur l'honneur indiquant le nombre de jours d'interruption d'activité au cours de la période considérée et attestant que l'interruption de l'activité est motivée par la nécessité de soins contraignants et d'une présence soutenue auprès de l'enfant malade ;

5° Pour les personnes bénéficiaires d'un congé de présence parentale dans les conditions prévues par les dispositions applicables aux agents publics, une attestation visée par l'employeur indiquant le nombre de jours de congé de présence parentale pris au cours de la période considérée.

Article D544-10

Chaque mois au plus, l'allocataire adresse à l'organisme débiteur des prestations familiales une déclaration sur l'honneur précisant pour chaque mois considéré le montant des dépenses directement liées à la maladie, l'accident ou le handicap, engagées au titre du complément pour frais mentionné à l'article L. 544-7. L'allocataire doit être en mesure de produire, à la demande de l'organisme débiteur des prestations familiales, tous les éléments nécessaires à la justification de ces dépenses.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 5 : Dispositions communes

Chapitre 2 : Service des prestations.

Article D552-6

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 552-4 est le directeur académique des services de l'éducation nationale agissant sur délégation du recteur, ou son délégué.

L'arrêté mentionné au troisième alinéa de l'article L. 552-4 est pris par le ministre chargé de l'éducation nationale, le ministre chargé de l'agriculture, le ministre chargé du budget et le ministre chargé de la sécurité sociale.

L'arrêté mentionné à l'article L. 552-5 est pris par le ministre chargé de l'éducation nationale et le ministre chargé de la sécurité sociale.

Chapitre 3 : Dispositions diverses.

Article D553-1

Pour la mise en oeuvre du troisième alinéa de l'article L. 553-2, les retenues mensuelles sont effectuées comme suit :

I.-Il est tenu compte :

a) De l'ensemble des catégories de ressources de l'allocataire, de son conjoint ou concubin mentionnées à l'article R. 532-3 et prises en compte :

-durant le trimestre de référence, dans le cas d'une prestation calculée trimestriellement et tant qu'un droit à une telle prestation est ouvert ;

-durant l'année civile de référence retenue pour la période de paiement au cours de laquelle est effectué le recouvrement de l'indu, dans les autres cas.

Ces revenus s'entendent avant tout abattement fiscal et déduction hormis la déduction des créances

alimentaires mentionnées au a de l'article R. 532-3.

Il est fait application des dispositions des articles R. 532-4 à R. 532-8 à l'exception de la référence qui est faite dans ces articles à l'article R. 532-3 et sous réserve de l'application de l'alinéa précédent. Pour les ressources trimestrielles, il est également fait application des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 262-7, de l'article R. 262-13, du second alinéa de l'article D. 262-16 et des articles R. 262-18, R. 262-19, R. 262-21 à R. 262-24 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des dispositions de l'article R. 821-4-1 du présent code.

Les revenus ainsi déterminés sont divisés, selon le cas, par trois ou par douze ;

b) Des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de l'allocation de rentrée scolaire, des compléments et de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé liés aux périodes de retour au foyer, lorsqu'ils ne sont pas payés mensuellement, de la prime à la naissance ou à l'adoption et du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant ; sont également exclus les versements d'allocation aux adultes handicapés et de son complément ainsi que ceux du revenu de solidarité active, lorsqu'ils sont liés aux périodes congés ou de suspension de prise en charge mentionnées respectivement aux articles R. 821-8, R. 824-13, R. 821-14 et à l'article L. 262-19 du code de l'action sociale et des familles.

Les prestations mentionnées au b ci-dessus sont constituées des prestations dues au titre de la première mensualité sur laquelle porte la récupération ;

c) Des charges de logement acquittées mensuellement au titre de la résidence principale et composées soit du montant du loyer principal, soit du montant de la mensualité de remboursement d'emprunt, attestées par la pièce justificative fournie.

Lorsque les informations relatives aux charges de logement ainsi définies ne sont pas en possession de l'organisme débiteur de prestations familiales, celles-ci sont réputées être égales à 25 % du montant des revenus et des prestations mentionnées aux a et b du I. Dans ce cas, l'organisme débiteur de prestations familiales en informe l'allocataire. Le recouvrement est poursuivi sur ces bases, à défaut de réception de la justification du montant des charges de logement telles que définies à l'alinéa précédent.

II.-Le revenu mensuel (R) pris en considération pour le calcul des retenues mensuelles à effectuer correspond au montant des revenus mentionnés au a du I, majoré des prestations mentionnées au b, diminué des charges de logement mentionnées au c du même I.

R

Ce revenu est pondéré selon la formule :

N

dans laquelle N représente la composition de la famille appréciée comme suit :

-personne seule : 1,5 part ;

-ménage : 2 parts ;

-par enfant à charge : 0,5 part.

III.-Le montant mensuel du prélèvement effectué sur les prestations à échoir est calculé sur le revenu mensuel pondéré résultant du II, dans les conditions suivantes :

25 % sur la tranche de revenus comprise entre 231 euros et 345 euros ;
35 % sur la tranche de revenus comprise entre 346 euros et 516 euros ;
45 % sur la tranche de revenus comprise entre 517 euros et 690 euros ;
60 % sur la tranche de revenus supérieure à 691 euros.

Il est opéré une retenue forfaitaire de 45 euros sur la tranche de revenus inférieure à 231 euros.

Lorsque les informations relatives aux revenus de l'allocataire et de son conjoint ou concubin ne sont pas en possession de l'organisme débiteur de prestations familiales, le revenu mensuel pondéré est réputé être égal à 1 096 euros. Lorsqu'un droit à une prestation calculée sur des ressources trimestrielles est ouvert et que les informations relatives à ces ressources ne sont pas en possession de l'organisme débiteur des prestations familiales, le revenu mensuel pondéré est calculé pendant quatre mois en fonction des dernières ressources trimestrielles connues, puis est réputé égal à 1 096 euros. Dans ces deux cas, l'organisme débiteur de prestations familiales en informe l'allocataire. Le recouvrement est poursuivi sur ces bases à défaut de réception de la déclaration du montant de ces revenus.

Les tranches de revenus sur lesquelles sont effectuées les retenues et la retenue forfaitaire ainsi que le revenu estimé mentionné à l'article précédent sont revalorisés au 1er janvier de chaque année conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année civile de référence, par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture.

Article D553-2

Lors du renouvellement au 1er janvier des droits aux prestations, à chaque modification de situation familiale ou professionnelle ayant une incidence sur les ressources mentionnées au a du I de l'article D. 553-1 et à chaque modification des droits aux prestations ou de leur montant, il est procédé à un nouveau calcul de la mensualité de remboursement de l'indu dans les conditions déterminées aux articles D. 553-1 et D. 553-4. Lorsque le montant ainsi déterminé est supérieur ou inférieur d'au moins 20 % au précédent, le recouvrement de l'indu est poursuivi sur ces nouvelles bases.

Article D553-3

Pour la mise en oeuvre de la saisie des prestations prévue au deuxième alinéa de l'article L. 553-4, les prélèvements mensuels d'exécution de la saisie sont déterminés selon les dispositions des articles D. 553-1 et D. 553-2.

Article D553-4

Lorsque l'indu a été constitué au titre d'une prestation qui a cessé ou dont le montant est insuffisant pour permettre la déduction de la retenue mensuelle, celle-ci est déduite des autres prestations servies au débiteur en application des articles L. 511-1, L. 821-5-1, L. 835-1 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles et L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation. Dans ce cas, la retenue mensuelle, calculée conformément aux dispositions de

l'article D. 553-1, peut être opérée prioritairement sur les prestations à échoir versées directement au débiteur.

Lorsque l'indu a été constitué au titre d'une prestation versée en tiers payant et toujours à échoir, la retenue mensuelle peut être opérée prioritairement sur les éventuelles prestations à échoir versées directement à l'allocataire, en application des deuxièmes alinéas des articles L. 553-2 et L. 821-5-1 du code de la sécurité sociale, du quatrième alinéa de l'article L. 835-3 du même code, du cinquième alinéa des articles L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles et de L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.

En cas d'indus multiples, une seule retenue mensuelle est opérée sur les prestations à échoir. Cette retenue contribue au remboursement du montant de chaque indu, par ordre d'ancienneté, jusqu'à l'extinction de chacune des créances. En cas d'indus constatés à la même date, l'indu dont le montant est le plus faible est recouvré en priorité.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 8 : Dispositions relatives au recouvrement des créances alimentaires - Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 3 : Dispositions diverses.

Article D583-1

Tout imprimé de demande de prestations familiales fait mention de la possibilité pour les organismes débiteurs de prestations familiales d'effectuer les vérifications et contrôles prévus par l'article L. 583-3 sur l'exactitude des déclarations faites aux organismes débiteurs de prestations familiales par les allocataires pour l'attribution desdites prestations.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 1 : Régime social des indépendants

Chapitre 1 : Organisation administrative

Section 3 : Caisses de base

Sous-section 6 : Directeur, agent comptable et autres agents de direction

Article D611-2

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur, ses fonctions sont exercées par le directeur adjoint.

En cas d'absence ou d'empêchement du directeur et du directeur adjoint, ou à défaut de directeur adjoint, les fonctions de directeur sont exercées par un agent de l'organisme désigné préalablement à cet effet par le directeur.

En cas de vacance de poste, dans le cas où un directeur titulaire n'a pu être nommé, le conseil d'administration procède à la nomination d'un directeur intérimaire pendant six mois renouvelable.

Section 5 : Dispositions communes à la caisse nationale et aux caisses de base

Article D611-3

En cas d'empêchement, un membre du conseil d'administration ne peut donner délégation à un autre membre lorsqu'il est procédé à une élection au sein du conseil.

Article D611-4

En cas d'empêchement du président du conseil d'administration, l'intérim est assuré par l'un des deux vice-présidents désigné au préalable par le président.

Section 6 : Organisation financière et comptable

Article D611-5

Les opérations financières et comptables de la caisse nationale et des caisses de base du régime social des indépendants concernent les recettes, les dépenses, la trésorerie et le patrimoine. Elles sont assurées, sous le contrôle du conseil d'administration, par un directeur et un agent comptable.

Article D611-6

Les dispositions de la présente section sont applicables à la caisse nationale et aux caisses de base du régime social des indépendants.

Sous-section 1 : Le régime financier

Article D611-7

L'agent comptable doit procéder périodiquement au rapprochement de ses écritures et de celles des établissements bancaires teneurs de ces comptes. Les réajustements et rectifications sont effectués sous le contrôle du conseil d'administration.

Article D611-8

L'agent comptable qui fait ouvrir un compte bancaire auprès d'un établissement non agréé commet une faute professionnelle passible de sanction disciplinaire.

Article D611-9

Les opérations de trésorerie sont effectués par les agents comptables des caisses de base du régime social des indépendants soit spontanément, soit à la demande du directeur de l'organisme, de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou des autorités de tutelle selon les modalités prévues par les textes relatifs à l'organisation financière et comptable de ce régime.

Article D611-10

Selon les principes définis aux articles R. 611-76 et R. 611-77 et dans les conditions fixées ci-après, la Caisse nationale du régime social des indépendants :

1° Organise les circuits d'encaissement des cotisations et contributions résultant des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, relatives aux différentes branches et régimes complémentaires mentionnés à l'article L. 611-2 ;

2° Reçoit quotidiennement des caisses de base et des organismes conventionnés lorsqu'ils sont chargés de leur recouvrement, le produit desdites cotisations, contributions, majorations et pénalités ;

3° Répartit les encaissements reçus entre le régime de base et les régimes complémentaires, vire le montant des encaissements relatif au régime de base des différentes branches sur le compte financier unique de la Caisse nationale du régime social des indépendants et ceux relatifs aux régimes complémentaires sur les comptes financiers concernés ;

4° Assure la trésorerie des caisses de base et des organismes conventionnés selon les modalités définies à l'article D. 611-9 ;

5° Procède au règlement des créances et des dettes vis-à-vis des autres régimes ;

6° Effectue, pour les régimes de base, le placement des excédents résultant de la gestion centralisée de la trésorerie et le placement des excédents de trésorerie concernant chacun des régimes complémentaires ;

7° Détermine le montant des recettes et des dépenses correspondant à chacune des branches et régimes mentionnés à l'article L. 611-2.

Article D611-11

Afin de couvrir les dépenses des branches et des régimes mentionnés à l'article L. 611-2 ainsi que les dépenses de fonctionnement des caisses de base, la caisse nationale alimente les comptes bancaires de ces dernières. L'alimentation des comptes financiers des caisses de base est effectuée dans la limite des plans de financement établis par chaque organisme payeur et approuvé par la Caisse nationale du régime social des indépendants.

Le plan de financement est déterminé par le calendrier des sommes dues par les organismes payeurs.

La forme, le contenu et la périodicité du plan de financement adressé par les caisses de base à la Caisse nationale du régime social des indépendants sont déterminés par cette dernière.

Article D611-12

Pour l'exercice de sa mission, la caisse nationale donne les instructions nécessaires aux caisses de base. Elle peut effectuer à cet effet des contrôles sur pièces et sur place.

Article D611-13

Les placements de la caisse nationale sont effectués dans le respect des règles prévues aux articles R. 623-3 et R. 623-10-4.

Article D611-14

Les charges et produits financiers résultant de la gestion centralisée de la trésorerie des branches par la Caisse nationale du régime social des indépendants sont répartis entre lesdites branches. Cette répartition est effectuée au prorata des excédents ou besoins de trésorerie respectifs de celles-ci. A cette fin, la caisse nationale détermine les soldes quotidiens de trésorerie de chacune des branches. Les soldes de trésorerie quotidiens créditeurs ou débiteurs des branches sont valorisés au taux moyen pondéré effectif résultant de la rémunération des dépôts et des placements pour le jour concerné.

Sous-section 2 : Les règles comptables

Article D611-15

L'organisation de la comptabilité de la caisse nationale et des caisses de base doit permettre :

1° De suivre la réalisation des ressources, l'acquittement des dépenses, l'emploi des excédents, la couverture des déficits ;

2° De suivre les opérations d'exploitation, les opérations de trésorerie et les opérations en capital ;

3° De déterminer les résultats ainsi que la situation active et passive de la caisse ;

4° De suivre les éléments qui relèvent de la comptabilité matière ;

5° D'établir les statistiques financières dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur ;

6° De dégager éventuellement les résultats analytiques d'exploitation ;

7° De faire apparaître distinctement au travers d'une comptabilité aménagée les opérations relatives à chacune des sections définies à l'article R. 611-70.

Article D611-16

Sont applicables aux caisses du régime social des indépendants les articles D. 253-4 à D. 253-6, D. 253-10, le deuxième alinéa de l'article D. 253-14, le deuxième alinéa de l'article D. 253-15 à l'exception du membre de phrase commençant par " auprès " et se terminant par " D. 253-1 ", les articles D. 253-20, D. 253-21, D. 253-27, D. 253-34, D. 253-42 à D. 253-45, D. 253-54, D. 253-56, D. 253-61 à D. 253-63 et D. 253-68.

Article D611-17

L'agent comptable ne peut exercer ses fonctions sans avoir été installé par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 ou son représentant et par le trésorier-payeur général ou son représentant, en présence du président du conseil d'administration et du directeur de l'organisme. Au préalable, il doit fournir en garantie de sa gestion un cautionnement dont le montant est fixé par un arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale. Ce cautionnement est à la charge exclusive de l'agent comptable.

Simultanément à l'installation de l'agent comptable entrant, il est procédé à la remise de service de l'agent comptable sortant. L'installation de l'agent comptable et la remise de service de l'agent comptable sortant donnent lieu à l'établissement d'un procès-verbal dressé contradictoirement.

L'agent comptable entrant dispose d'un délai de six mois, renouvelable une fois, pour formuler des réserves écrites, motivées de façon précise sur la gestion de son prédécesseur ; il adresse ses réserves aux autorités ayant procédé à son installation et à sa remise de service.

Article D611-18

Après avoir été installé, l'agent comptable doit, sous sa responsabilité, se faire suppléer, pour tout

ou partie de ses attributions, par un ou plusieurs fondés de pouvoir, munis d'une procuration régulière. Ces procurations doivent être transmises pour information au directeur.

L'agent comptable peut également charger des agents de l'organisme de l'exécution de certaines opérations, et notamment des vérifications.

Les délégations données aux agents de l'organisme doivent préciser, pour chaque délégué, la nature des opérations qu'il peut effectuer et leur montant maximum.

Les fondés de pouvoir sont astreints à la constitution d'un cautionnement à leur charge exclusive et dont le montant est fixé par un arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D611-19

Le directeur constate l'ensemble des droits et obligations de l'organisme et procède à l'établissement des ordres de recettes et de dépenses, sous réserve, d'une part, pour certaines opérations dont l'importance dépasse une limite fixée par le conseil d'administration, de l'apposition d'un contreseing du président ou d'un administrateur ayant reçu délégation à cet effet et, d'autre part, des délégations qu'il peut consentir.

Le directeur est chargé du recouvrement des cotisations, en principal et accessoire.

Le directeur est seul chargé de la liquidation et du recouvrement contentieux des créances autres que les cotisations. Sauf en matière de cotisation, l'agent comptable est chargé du recouvrement amiable des créances.

Les ordres de recettes et de dépenses, individuels ou collectifs, établis et signés par le directeur sont transmis, accompagnés, s'il y a lieu, des pièces justificatives, à l'agent comptable qui les prend en charge, les date et les signe après vérification. Les contrôles pourront être sélectifs suivant la nature de la recette. Il est fait recette du montant intégral des produits sans compensation entre les recettes et les dépenses. Les ordres de recettes et de dépenses sont conservés par l'agent comptable, qui certifie en avoir effectué la vérification par l'apposition de son visa.

Article D611-20

Les ordres de dépenses contiennent toutes les indications de nom et de qualité nécessaires pour permettre à l'agent comptable de s'assurer de l'identité du créancier et du caractère libératoire du règlement. Ils doivent porter référence aux pièces justificatives lorsque celles-ci ne sont pas jointes.

Article D611-21

Les encaissements effectués en exécution des obligations constatées par un contrat, une convention ou un titre de propriété dont l'agent comptable assure la conservation donnent lieu annuellement à la délivrance par le directeur d'ordres de recettes de régularisation soit individuels, soit collectifs.

Les encaissements de recettes non liquidées par la caisse font l'objet d'ordres de recettes collectifs journaliers.

Article D611-22

Une instruction de la caisse nationale fixe les modalités pratiques de mise en œuvre par les caisses de base des dispositions des articles D. 114-4-2 et D. 114-4-4.

Cette instruction précise notamment les principes retenus pour l'application du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale mentionné à l'article D. 114-4-1, notamment pour le calcul des provisions et des charges à payer.

Les méthodes de contrôle, mises en œuvre par la caisse nationale, des opérations de régularisations sont également décrites dans cette instruction.

Article D611-23

Pour les opérations donnant lieu à l'établissement de budgets, les ordres de dépenses énoncent l'exercice et le chapitre d'imputation et, lorsqu'ils constituent des documents séparés des pièces justificatives, la référence à celles-ci.

Le montant des ordres de dépenses est exprimé soit en toutes lettres, soit en chiffres au moyen d'appareils donnant des garanties d'inscription au moins égales à celles de l'inscription en toutes lettres.

Les ordres de dépenses sont datés et signés par le directeur ou son délégué.

Article D611-24

Les documents individuels ou collectifs obtenus par duplication ou reproduction ne peuvent constituer des ordres de dépenses que s'ils sont revêtus de la signature du directeur ou de son délégué, et éventuellement du contreseing du président ou de l'administrateur habilité à cet effet.

Article D611-25

En ce qui concerne les opérations relatives aux budgets de gestion et d'intervention, les imputations de dépenses reconnues erronées pendant le cours d'un exercice sont rectifiées dans les écritures de l'agent comptable au moyen de certificats de réimputation délivrés par le directeur. Les certificats de réimputation forment une série numérique continue.

Article D611-26

L'agent comptable est chargé de la comptabilité générale. Il peut vérifier l'exactitude des comptes individuels dont la tenue incombe aux services techniques.

L'agent comptable est également chargé de la comptabilité auxiliaire des comptes cotisants. L'agent comptable tient la comptabilité analytique d'exploitation lorsque celle-ci est prévue par la réglementation.

Il peut également être chargé de la comptabilité matières. Dans le cas où il ne serait pas chargé de la comptabilité matières, celle-ci est néanmoins tenue sous sa surveillance. Le matériel et le mobilier, hors fournitures consommables, font l'objet d'un inventaire dressé par le directeur et d'un état de l'actif détenu par le comptable.

L'inventaire et l'état de l'actif doivent être concordants. Ils sont périodiquement vérifiés pour constater les destructions par usure, obsolescence ou toute autre cause. Le directeur est responsable de la reconnaissance physique des immobilisations corporelles. Les destructions ou sorties de matériel doivent faire l'objet de pièces justificatives référençant l'immobilisation et le numéro d'inventaire remis par le directeur à l'agent comptable pour permettre la mise à jour de l'état de l'actif.

Article D611-27

Les caisses du régime social des indépendants sont tenues, d'une part, de contracter une assurance contre les détournements ou vols d'espèces, soit dans les locaux de la caisse, soit en cours de transport, et, d'autre part, de prendre matériellement les mesures de sécurité qui s'imposent à l'occasion de la manipulation des espèces et de la garde des valeurs.

Article D611-29

L'agent comptable est, en outre, soumis aux vérifications prévues par les lois et règlements en vigueur.

Il est tenu de présenter sa comptabilité à toute réquisition des agents de contrôle dûment habilités par la caisse nationale intéressée.

S'il refuse, à un vérificateur dûment habilité, de présenter sa comptabilité ou d'établir l'inventaire des fonds et valeurs, il est immédiatement suspendu de ses fonctions par le ministre chargé de la sécurité sociale ou le ministre chargé du budget, ou leur représentant territorial dans les conditions prévues, selon le cas, par l'article R. 123-52. La même mesure est prise contre lui s'il est constaté une irrégularité d'une nature telle que sa fidélité puisse être mise en doute.

Article D611-30

Dans le cas de recettes techniques liquidées par la caisse, l'agent comptable peut procéder à des vérifications. Au 1er janvier de chaque année, il doit soumettre au directeur la liste des créances non recouvrées à cette date.

Article D611-31

Tous les encaissements en numéraire effectués par l'agent comptable donnent lieu à l'établissement d'une quittance extraite d'un carnet à souches. Lorsque la partie versante exige expressément la délivrance d'un reçu au titre des règlements faits par un mode de paiement autre que le numéraire, l'agent comptable intéressé établit une déclaration de recettes tirée d'un carnet à souches. Les chèques doivent être établis à l'ordre de l'organisme et remis à l'encaissement au plus tard le lendemain de leur délivrance.

Article D611-32

Les comptes bancaires sur lesquels les fonds de l'organisme peuvent être déposés sont ouverts auprès d'un établissement bancaire agréé, de la Banque de France ou de la Caisse des dépôts et consignations ou ses préposés.

L'ouverture d'un compte est opérée sur décision de l'agent comptable, après avis du directeur. Avis de l'ouverture de ces comptes doit être donné au trésorier-payeur général intéressé.

Article D611-33

L'exercice comptable s'étend du 1er janvier au 31 décembre.

Article D611-34

La comptabilité générale est tenue en partie double. Elle doit enregistrer au jour le jour les variations des éléments d'actif et de passif de l'organisme.

Elle est centralisée une fois par mois, avec établissement de balances trimestrielles.

L'agent comptable national établit le compte combiné selon les dispositions définies par les textes pris en application des articles L. 114-6 et L. 114-8 et relatifs aux règles de combinaison des comptes des organismes de sécurité sociale.

Article D611-35

Les comptes annuels sont établis par l'agent comptable et arrêtés par le directeur. Les comptes annuels sont ensuite présentés par le directeur et l'agent comptable au conseil d'administration qui, au vu du rapport de validation prévu à l'article D. 114-4-2, les approuve sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres.

Section 7 : Organismes conventionnés

Sous-section 1 : Remises de gestion

Article D611-36

La responsabilité financière de tout organisme conventionné est engagée dans les conditions précisées ci-dessous, soit en cas de défaut de reversement ou de reversement partiel du montant des cotisations encaissées à l'une ou plusieurs des échéances prévues par l'arrêté pris en application de l'article D. 612-18, soit en cas de versement de prestations indues ou de versement tardif des prestations.

Article D611-37

Tout organisme conventionné doit ouvrir un compte de passage dans une banque agréée ou auprès de la Banque de France, pour chacune des caisses de base avec laquelle il a passé convention. Ce compte est destiné à recevoir les seules cotisations et majorations de retard versées par les affiliés en application du présent titre ainsi que les intérêts éventuellement produits de façon automatique et obligatoire par le compte prévu à l'article R. 611-95 à chacune des échéances fixées par l'arrêté pris en application de l'article D. 612-18 au profit du compte unique de disponibilités courantes ouvert par la caisse nationale. Aucun autre prélèvement, aucune autre opération, autre que de régularisation, ne peuvent être effectués sur ce compte.

Article D611-38

En application de l'article R. 611-95, tout organisme conventionné doit ouvrir un compte dans une banque agréée ou auprès de la Banque de France, pour chacune des caisses de base avec laquelle il a passé convention.

Ce compte est destiné à assurer le paiement des prestations dues aux affiliés en application du présent titre.

Il est alimenté à la diligence de l'agent comptable de la caisse de base.

Aucune autre opération, aucun autre prélèvement, autre que la de régularisation, ne peuvent être opérés sur ce compte.

Toutefois, l'organisme conventionné qui assure un service de prestations complémentaires à celles du régime obligatoire d'assurance maladie et maternité peuvent utiliser le compte prévu au présent article pour effectuer le règlement de ces prestations aux assurés. Dans ce cas, il doit effectuer un seul versement représentant le montant des prestations dues.

Préalablement à ce versement, il doit informer l'agent comptable de la caisse de base en utilisant l'état prévisionnel de dépenses prévu à l'article R. 611-95 et créditer le compte des sommes nécessaires, prélevées sur ses ressources propres.

L'organisme conventionné qui ne satisfait pas aux dispositions prévues à l'alinéa ci-dessus est redevable, à l'égard de la caisse de base avec laquelle il a passé convention, d'intérêts de retard égaux au taux d'escompte de la Banque de France augmenté de deux points.

Ces intérêts sont calculés, pro rata temporis, pour la période courant de la date du paiement des prestations versées au titre du régime complémentaire à la date à laquelle le compte prévu au présent article a été crédité des sommes correspondantes.

Sous-section 2 : Responsabilité financière en matière d'encaissement

Article D611-39

Tout organisme conventionné est redevable à l'égard de la caisse de base avec laquelle il a passé convention de la somme qui, aux échéances indiquées, n'aurait pas fait l'objet du virement prévu à l'article D. 611-37 majorée, à titre de sanction, d'intérêts de retard égaux aux taux d'escompte de la Banque de France augmenté de deux points.

Les intérêts de retard sont calculés, pro rata temporis, pour la période courant de la date de l'échéance à la date de règlement définitif.

Article D611-40

L'organisme conventionné doit procéder, sur l'injonction de la caisse nationale, au versement, dans un délai maximum de six mois, de la somme non réglée à l'échéance. La caisse de base conserve la faculté de dénoncer la convention qui la lie à l'organisme conventionné.

La caisse de base impute le montant des intérêts de retard sur les remises de gestion revenant à l'organisme, en application de l'article R. 611-94.

Au cas où l'organisme conventionné a négligé de régler intégralement sa dette dans le délai de six mois prévu au premier alinéa, il encourt le retrait d'habilitation en application du huitième alinéa de l'article R. 611-86.

Article D611-41

L'organisme est tenu de se mettre à jour des sommes dues au plus tard à la date à laquelle la convention cesse d'être en vigueur.

Sous-section 3 : Responsabilité financière en matière de service des prestations

Article D611-42

Tout organisme conventionné engage sa responsabilité financière quand il verse indûment des prestations en méconnaissance des obligations qui lui incombent, à savoir :

1° Lorsque les conditions d'ouverture des droits ne sont pas remplies ;

2° Lorsque l'organisme omet de consulter le service du contrôle médical de la caisse de base, toutes les fois que son avis est obligatoire ;

3° Lorsqu'il ne se conforme pas à l'obligation d'aviser la caisse de base qu'il prend la responsabilité de servir des prestations pour un ayant droit d'une personne ne figurant pas au fichier des prestataires ou pour un enfant ne remplissant pas les conditions d'ouverture du droit ;

4° Lorsqu'il accorde le remboursement des frais engagés par les assurés ou leurs ayants droit en l'absence de feuilles de soins conformes aux modèles fixés par arrêté interministériel ;

5° Lorsque les conditions d'ouverture des droits ou de versement des indemnités journalières maladie ne sont pas remplies.

Article D611-43

Les organismes conventionnés sont autorisés à abandonner le recouvrement des indus de prestations versés à leurs assurés lorsqu'ils sont inférieurs au montant fixé au premier alinéa de l'article D. 133-2.

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article D. 133-2 sont applicables aux créances de prestations détenues par les assurés sur les organismes qui en sont débiteurs.

Article D611-44

Les prestations indûment versées par l'organisme conventionné sont exclues des charges de l'assurance maladie et maternité par décision de la caisse de base.

La caisse de base peut, en outre, décider d'imposer à l'organisme responsable, à titre de sanction, la charge d'une somme égale à 10 % du montant des prestations indues.

Article D611-45

Le montant des prestations indues est imputé dans un délai maximum de six mois sur le remboursement à l'organisme des sommes correspondant aux prestations servies, conformément aux dispositions de l'article R. 611-95.

La caisse de base conserve la faculté de dénoncer la convention qui la lie à l'organisme conventionné.

La caisse de base impute le montant des majorations décidées à l'encontre de l'organisme sur les remises de gestion qui reviennent audit organisme.

Article D611-46

Lorsque, pendant une période quelconque de six mois, le montant ou la fréquence des prestations indûment versées par un organisme conventionné dépasse les niveaux déterminés par une délibération du conseil d'administration de la caisse nationale, ledit organisme encourt le retrait d'habilitation, en application des huitième, dixième et onzième alinéas de l'article R. 611-86.

Article D611-47

L'organisme est tenu de se mettre à jour des sommes dues au plus tard à la date à laquelle la convention cesse d'être en vigueur.

Article D611-48

Lorsque, au cours d'une période quelconque de six mois, et dans la mesure où les fonds nécessaires ont été mis à sa disposition, des retards notables, portant sur un nombre élevés d'assurés, sont constatés dans le service des prestations confié à un organisme conventionné, la caisse de base peut, dans les limites autorisées par la caisse nationale, retenir, à titre de sanction, tout ou partie des remises de gestion revenant audit organisme.

La caisse de base peut, en outre, dénoncer la convention qui la lie à l'organisme conventionné.

Article D611-49

Au cas où les retards dans le règlement des prestations portent sur plus du quart des prestations servies ou affectent plus du quart des assurés, l'organisme conventionné encourt le retrait d'habilitation, en application des huitième, dixième et onzième alinéas de l'article R. 611-86, sans préjudice de l'application des dispositions du premier alinéa de l'article D. 611-48.

Chapitre 2 : Financement de la branche assurance maladie et maternité

Section 2 : Assiette et taux des cotisations - Exonérations.

Article D612-1

La présente section fixe les conditions dans lesquelles sont calculées les cotisations dues par les assurés obligatoires du régime d'assurance maladie et maternité institué par le présent titre.

Article D612-2

Les personnes mentionnées à l'article L. 613-1 sont redevables sur leur revenu d'activité d'une cotisation annuelle de base. Cette cotisation est assise sur l'ensemble des revenus d'activité, tels qu'ils sont définis à l'article L. 131-6.

La cotisation prévue au présent article cesse d'être due :

-pour les personnes qui entrent en jouissance d'une allocation ou pension de retraite, à compter de la date de la cessation définitive de toute activité non salariée non agricole ;

-pour les personnes entrant en jouissance d'une pension d'invalidité, à compter de la date d'attribution de cet avantage.

Article D612-3

Sans préjudice des dispositions de l'article D. 612-2, les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-9 titulaires de revenus de remplacement sont redevables de la cotisation annuelle de base sur leurs allocations ou pensions de retraite de base. Cette cotisation est précomptée sur lesdites allocations ou pensions versées par un ou des régimes d'assurance vieillesse des groupes de professions mentionnés aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article L. 621-3 ou par la caisse nationale des barreaux français, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires et des pensions d'invalidité.

Les opérations de précompte ont lieu par prélèvement, sur les arrérages en cours, des cotisations résultant de l'application auxdits arrérages du taux prévu à l'article D. 612-4.

Article D612-4

Le taux de la cotisation annuelle de base due sur les revenus procurés par l'exercice d'une ou plusieurs activités non salariées non agricoles est fixé à 6,50 % dont 0,60 % dans la limite du plafond de la sécurité sociale et 5,90 % dans la limite de cinq fois ce plafond.

Pour les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-9, le taux de cette cotisation est fixé à 14,50 %, dont 2,40 % dans la limite du plafond de la sécurité sociale et 12,10 % dans la limite de cinq fois ce plafond.

Le taux de la cotisation annuelle de base due sur les allocations ou pensions mentionnées à l'article D. 612-3 servies aux personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-9 est fixé à 7,10 % dans la limite de cinq fois le plafond de la sécurité sociale.

Article D612-5

Pour les assurés mentionnés aux 1^o, 4^o et 5^o de l'article L. 613-1, la cotisation annuelle ne peut être calculée sur une assiette inférieure à un pourcentage de la valeur du plafond de la sécurité sociale. Ce pourcentage est fixé à :

- 1° 19 % au titre de la première année d'activité ;
- 2° 29 % au titre de la deuxième année d'activité ;
- 3° 40 % les années d'activité suivantes.

Pour les personnes mentionnées à l'article L. 613-4, la cotisation minimale prévue aux alinéas précédents n'est pas applicable lorsque leur activité non salariée non agricole n'est pas principale.

Pour les personnes mentionnées à l'article L. 613-7, la cotisation minimale n'est pas applicable lorsque, en application du deuxième alinéa dudit article, elles ont fait choix pour le service des prestations d'un régime autre que celui institué par le présent titre.

La cotisation minimale n'est pas applicable aux personnes qui bénéficient de la part de revenu de solidarité active correspondant à la différence entre le montant forfaitaire mentionné au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles applicable au foyer et les ressources de celui-ci.

L'organisme chargé du service du revenu de solidarité active communique sans délai à la caisse de base mentionnée à l'article L. 611-8 ou à l'organisme mentionné à l'article L. 611-20 les informations relatives à l'ouverture de droit et à la fin de droit à cette part de revenu de solidarité active.

Article D612-6

La valeur du plafond de la sécurité sociale mentionné à la présente section est la valeur annuelle de ce plafond, tel que prévu à l'article L. 241-3, en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle la cotisation annuelle est due.

En cas de période d'affiliation inférieure à une année, cette valeur est réduite au prorata de la durée d'affiliation.

Article D612-9

Les cotisations supplémentaires mentionnées à l'article L. 612-13 sont fixées dans les mêmes conditions que celles prévues par la présente section pour les cotisations de base. Le deuxième alinéa de l'article D. 612-6 n'est pas applicable aux cotisations supplémentaires.

Le taux de la cotisation annuelle dont sont redevables les assurés cotisant bénéficiaires du régime d'indemnités journalières des artisans, des industriels et commerçants est fixé à 0,7 % dans la limite de cinq fois le plafond de la sécurité sociale.

La cotisation annuelle, y compris celle due au titre des première et deuxième années d'activité, ne peut être calculée sur une assiette inférieure à 40 % de la valeur du plafond de la sécurité sociale.

Le paiement de la cotisation annuelle supplémentaire s'effectue selon les mêmes modalités que la cotisation annuelle de base.

Pour l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 612-6, la cotisation annuelle supplémentaire est admise en totalité dans les charges déductibles visées au premier alinéa de ce même article.

Article D612-11

Les dispositions de l'article D. 612-3, du dernier alinéa de l'article D. 612-4 et de l'article D. 612-9 prennent effet sur les arrrages de retraite servis au titre des périodes postérieures au 30 juin 1985.

Section 3 : Recouvrement - Contrôle.

Article D612-12

Les dispositions des articles D. 612-13 à D. 612-20 sont applicables aux cotisations de base et supplémentaires des personnes assujetties au régime institué par le présent titre qui versent directement ces cotisations à l'organisme conventionné.

Article D612-13

Les cotisations de base sont dues à compter de la date à laquelle l'assuré a débuté son activité.

Les cotisations sont payables d'avance. Toutefois, pour les nouveaux cotisants, la première date d'exigibilité des cotisations et contributions est celle de l'échéance mensuelle ou trimestrielle qui suit la période de quatre-vingt-dix jours mentionnée à l'article R. 133-29.

Article D612-14

Pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité, l'organisme conventionné est autorisé à ne pas procéder à l'appel des cotisations, majorations ou pénalités de retard dues au titre d'une échéance lorsqu'elles sont inférieures au montant fixé au premier alinéa de l'article D. 133-1.

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article D. 133-1 sont applicables aux créances des cotisants provenant de trop-perçus de cotisations, majorations et pénalités de retard. Ces sommes sont définitivement acquises à la Caisse nationale du régime social des indépendants.

Article D612-15

Les membres des professions libérales dont le compte cotisant au titre de la maladie et de la maternité présente un solde débiteur inférieur ou égal au montant fixé par le premier alinéa de l'article D. 612-14 peuvent ne pas faire l'objet d'une mise en demeure. Le droit aux prestations en espèces leur est ouvert au titre de l'échéance en cours.

Article D612-16

La caisse de base détermine selon les règles fixées par l'article L. 612-4 et par le décret pris en application dudit article, le montant des cotisations dues par les assurés et fait connaître ce montant aux organismes conventionnés pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité. Elle utilise à cet effet la déclaration de revenus prévue à l'article R. 115-5 et, le cas échéant, les documents de l'administration fiscale.

Article D612-17

Pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité, l'organisme conventionné fait connaître à ses assurés le montant et l'échéance de la cotisation dont ils sont redevables ou les avise qu'ils sont exonérés du versement des cotisations.

La caisse nationale détermine, s'il y a lieu, le ou les documents justificatifs du paiement des cotisations qui doivent être remis par l'organisme conventionné aux assurés, dès que ceux-ci se sont acquittés des cotisations et, éventuellement, des majorations de retard dont ils sont redevables.

A chaque échéance, lorsque le paiement effectué par l'assuré est inférieur au montant cumulé de la cotisation de base visée à l'article D. 612-2 et de la cotisation supplémentaire visée à l'article D. 612-9, l'organisme conventionné affecte en priorité le versement au régime obligatoire de base et le solde à la couverture des prestations supplémentaires.

Article D612-18

L'organisme conventionné, pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité, doit verser à la caisse nationale le montant de la totalité des cotisations et des majorations de retard encaissées, ainsi que les intérêts éventuellement produits par les comptes prévus aux articles D. 613-48 et D. 613-49. Ces versements sont échelonnés dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

L'organisme conventionné, pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité, est tenu d'informer la caisse de base des versements qu'il effectue et de l'état d'ensemble du recouvrement des cotisations et majorations de retard selon des modalités fixées par l'arrêté prévu à l'alinéa précédent.

Article D612-20

Pour les membres des professions libérales, les majorations mentionnées à l'article R. 243-18 sont applicables aux cotisations qui n'ont pas été acquittées aux échéances prévues aux articles R. 133-26 et R. 133-27.

L'organisme conventionné est tenu de percevoir ces majorations.

Les majorations sont liquidées par le directeur de la caisse de base dont relève l'assuré et sont recouvrées comme en matière de cotisations. Elles doivent être versées dans le mois suivant leur notification par mise en demeure dans les conditions prévues aux articles L. 244-2 et L. 244-3.

Les articles R. 243-19-1 et R. 243-20 sont applicables à toute demande de remise totale ou partielle de ces majorations. La demande est instruite selon les modalités définies à l'article R. 243-20. Toutefois, elle est communiquée pour avis, avant son examen, à l'organisme conventionné dont relève le requérant.

Les dispositions du présent article sont applicables aux majorations prévues au cinquième alinéa de l'article L. 131-6 ainsi qu'à la pénalité mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 242-14.

Article D612-21

La caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la caisse nationale des barreaux français communiquent à la Caisse nationale du régime social des indépendants, avant le premier jour du deuxième mois de chaque trimestre, l'assiette et le montant des cotisations précomptées sur les avantages de retraite versés par elles au cours du trimestre civil précédent, le nombre de personnes concernées, ainsi que le nombre d'exonérations.

A la même date ce montant est viré par chacune des caisses nationales d'assurance vieillesse mentionnées à l'alinéa précédent au compte ouvert par la Caisse nationale du régime social des indépendants auprès de l'établissement que celle-ci a choisi.

Article D612-22

Le débiteur d'un avantage de retraite est tenu de faire parvenir au pensionné, au moins une fois par an, un bulletin de pension mentionnant notamment, pour la période considérée, les montants respectifs de la pension brute, de l'assiette du précompte, de la cotisation précomptée et de la pension nette.

Article D612-23

Pour l'application des articles L. 243-4 à L. 243-11, le débiteur des avantages de retraite est assimilé à un employeur, l'avantage de retraite à un salaire et le bénéficiaire de cet avantage à un salarié.

Section 4 : Contentieux et pénalités.

Article D612-24

Pour l'application du chapitre 4 du titre IV du livre II, le débiteur des avantages de retraite est assimilé à un employeur, l'avantage de retraite à un salaire et le bénéficiaire de cet avantage à un salarié.

Section 5 : Dispositions diverses.

Article D612-25

Un arrêté annuel du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe le montant de la contribution que la Caisse nationale du régime social des indépendants verse aux organismes d'assurance vieillesse mentionnés à l'article D. 612-21 pour la couverture des frais de gestion occasionnés par les opérations de précompte de la cotisation d'assurance maladie sur les allocations et pensions de vieillesse qu'ils servent.

Article D612-26

Les articles D. 612-21 à D. 612-25 s'appliquent aux avantages de retraite versés au titre des périodes postérieures au 30 juin 1985.

Article D612-27

Les dispositions des articles D. 243-1 et D. 243-2 sont applicables aux cotisations et aux majorations et pénalités afférentes dues en application du présent titre.

Chapitre 2 : Financement

Section 3 : Recouvrement - Contrôle.

Article D612-19

Toutes les rectifications qui doivent être apportées au montant des cotisations dues par les membres des professions libérales à une échéance déterminée, notamment en cas d'erreur dans le calcul desdites cotisations, sont effectuées par les caisses de base. Celles-ci informent la caisse nationale et l'organisme intéressé de ces rectifications.

Chapitre 3 : Champ d'application et prestations d'assurance maladie et maternité

Section 3 : Prestations de base

Sous-section 3 : Assurance maternité.

Article D613-4-1

L'allocation forfaitaire de repos maternel prévue au premier alinéa de l'article L. 613-19 est égale au montant mensuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3.

L'allocation est versée pour moitié à la fin du septième mois de la grossesse et pour moitié après l'accouchement. La totalité du montant de l'allocation est versée après l'accouchement lorsque celui-ci a lieu avant la fin du septième mois de la grossesse.

En cas d'adoption, l'allocation est versée à la date d'arrivée de l'enfant dans la famille.

Article D613-4-2

L'indemnité journalière forfaitaire prévue à l'article L. 613-19 et au premier alinéa de l'article L. 613-19-2 est égale à 1/60,84 du montant mensuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3. Elle est versée sous réserve de cesser toute activité :

1° A la mère, pendant une période d'au moins quarante-quatre jours consécutifs, dont quatorze jours doivent immédiatement précéder la date présumée de l'accouchement, comprise dans l'intervalle commençant quarante-quatre jours avant la date présumée de l'accouchement et se terminant trente

jours après ; cette période d'indemnisation peut être prolongée, à la demande de l'assurée, par une ou deux périodes de quinze jours consécutifs ;

Lorsque l'accouchement a lieu avant la date présumée, la période d'indemnisation de quarante-quatre jours minimum n'est pas réduite de ce fait.

En cas d'accouchement plus de quarante-quatre jours avant la date initialement prévue et exigeant l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la période d'indemnisation est augmentée du nombre de jours courant de la date effective de l'accouchement au début de la période de quarante-quatre jours précédant la date initialement prévue.

2° Au père, pendant onze jours consécutifs au plus, ou dix-huit jours consécutifs au plus en cas de naissances ou d'adoptions multiples, débutant dans la période de quatre mois suivant la naissance ou l'arrivée au foyer de l'enfant.

Article D613-4-3

Par dérogation à l'article D. 613-4-2, en cas d'état pathologique résultant de la grossesse ou de l'accouchement attesté par un certificat médical et en cas de naissances ou d'adoptions multiples, la durée du versement de l'indemnité prévue à l'article D. 613-4-2 peut être prolongée, à la demande de l'assurée, par une période de trente jours consécutifs.

Les jours supplémentaires peuvent être pris à partir de la déclaration de grossesse en cas d'état pathologique. Ils peuvent se cumuler avec la période de cessation de travail prévue à l'article D. 613-4-2 sans devoir nécessairement lui être reliés.

Article D613-4-4

Dans le cas où l'enfant est resté hospitalisé pendant la période néonatale, l'assurée peut demander le report, à la date de la fin de l'hospitalisation de l'enfant, de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle elle peut encore prétendre en application de l'article D. 613-4-2. Toutefois, pour l'assurée bénéficiaire de la période supplémentaire de congé prénatal prévue au quatrième alinéa de l'article D. 613-4-2, la possibilité de report du reliquat de congé ne lui est ouverte qu'après consommation de cette période.

La période d'indemnisation de quarante-quatre jours minimum à soixante-quatorze jours maximum n'est pas réduite de ce fait.

Dans le même cas, le père peut demander le report à la fin de l'hospitalisation de l'enfant du délai prévu à l'article D. 613-4-2.

Article D613-6

L'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 613-19-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 613-19-2 est versée aux conjointes ou conjoints collaborateurs qui cessent leur activité et se font

effectivement remplacer par du personnel salarié dans les travaux professionnels ou ménagers qu'ils effectuent habituellement :

1° Pour les mères, pendant sept jours au moins compris dans la période commençant six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se terminant dix semaines après ; la durée maximale de versement est de vingt-huit jours, ou sur demande de l'intéressée de cinquante-six jours, consécutifs ou non.

En cas d'accouchement plus de six semaines avant la date initialement prévue et exigeant l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la période de versement de l'indemnité complémentaire est augmentée du nombre de jours courant de la date effective de l'accouchement au début de la période de six semaines précédant la date initialement prévue.

2° Pour les mères adoptantes, pendant sept jours au moins à compter de la date d'arrivée de l'enfant au foyer ; la durée maximale de versement est égale à la moitié des durées fixées au 1° ;

3° Pour les pères, pendant onze jours consécutifs au plus débutant dans la période de quatre mois suivant la naissance ou l'arrivée de l'enfant au foyer.

Article D613-7

L'indemnité de remplacement visée à l'article D. 613-6 est égale au coût réel du remplacement du ou de la bénéficiaire dans la limite d'un plafond journalier égal à 1/56 d'un montant fixé à deux fois le montant du salaire minimum de croissance prévu aux articles L. 141-1 et suivants du code du travail.

Article D613-8

En cas d'état pathologique résultant de la grossesse et attesté par un certificat médical, les durées maximales fixées au 1° de l'article D. 613-6 sont augmentées de moitié. Dans ce cas, les jours supplémentaires peuvent être pris à partir de la déclaration de grossesse. Ils peuvent se cumuler avec la période de cessation de travail prévue à l'article D. 613-6 sans devoir nécessairement lui être reliés.

Article D613-9

En cas de naissances ou d'adoptions multiples, les durées maximales de remplacement fixées aux 1° et 2° de l'article D. 613-6 sont doublées.

Dans ce cas, les jours supplémentaires doivent être pris au cours d'une période commençant à partir de l'accouchement ou de l'arrivée de l'enfant au foyer et se terminant quinze semaines après celui-ci.

En cas de naissances ou d'adoptions multiples, la durée de remplacement fixée au 3° de l'article D. 613-6 est portée à dix-huit jours au plus.

Article D613-10

Le bénéfice de chacune des allocation et indemnité prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est demandé à l'organisme conventionné au moyen d'imprimés dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Pour bénéficier de l'indemnité prévue à l'article L. 613-19-2, le chef d'entreprise ou le conjoint collaborateur doit adresser à l'organisme de sécurité sociale dont il relève la ou les pièces justificatives dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

En ce qui concerne l'indemnité de remplacement, le caractère effectif du remplacement et des dépenses auxquelles il a donné lieu est justifié par la présentation d'un double du bulletin de paie établi pour la personne ayant assuré le remplacement ou de l'état des frais délivré par l'entreprise de travail temporaire qui est intervenue.

Article D613-11

Les conditions de collaboration professionnelle des conjointes ou conjoints des personnes mentionnées au 5° de l'article L. 613-1 et de membres des professions libérales sont réputées remplies sur la foi d'une déclaration sur l'honneur souscrite par ces personnes attestant que leur conjoint ou conjointe :

1° Leur apporte effectivement et habituellement, sans être rémunéré pour cela, son concours pour l'exercice de leur propre activité professionnelle ;

2° Ne relève pas à titre personnel d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité.

Article D613-12

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir les allocation ou indemnité prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est passible de l'amende prévue à l'article L. 377-1.

Article D613-13

Les montants maximaux prévus aux articles D. 613-6 à D. 613-9 à prendre en considération sont ceux en vigueur à la date de l'interruption d'activité de la mère ou du père donnant lieu à

remplacement dans les conditions prévues aux articles L. 613-19-1 et L. 613-19-2.

Article D613-13-1

Pour l'application des dispositions de l'article L. 613-8, les assurés cotisant ou en situation de maintien de droit en application des articles L. 161-8 ou L. 311-5 ont droit et ouvrent droit aux prestations en espèces de l'assurance maternité dans les conditions suivantes :

- a) L'assuré a droit et ouvre droit à ces prestations pendant une année civile s'il justifie avoir acquitté, au 1er octobre de l'année précédente ou avant le 31 décembre de la même année, la totalité des cotisations exigibles au titre de l'assurance maternité ;
- b) Si l'assuré justifie avoir régularisé le paiement des cotisations exigibles au 1er octobre de l'année précédente, pendant l'année en cours, il a droit et ouvre droit aux prestations pour une partie de l'année civile à compter de la date de paiement des cotisations jusqu'au 31 décembre de ladite année ;
- c) Si l'assuré, bénéficiant d'un échéancier de paiement prévu par le deuxième alinéa de l'article L. 613-8, justifie avoir acquitté au 1er octobre ou au 1er avril les cotisations fixées par l'échéancier ainsi que les cotisations en cours, il a droit et ouvre droit aux prestations pendant les six mois consécutifs aux dates d'échéance susvisées.

Section 4 : Prestations supplémentaires

Sous-section 1 : Régime d'indemnités journalières des artisans, industriels et commerçants

Article D613-14

Tout assuré cotisant ou en situation de maintien de droits en application des articles L. 161-8 ou L. 311-5, relevant à titre obligatoire des groupes des professions artisanales, industrielles et commerciales mentionnés au 1° de l'article L. 613-1, bénéficie du régime d'indemnités journalières institué par le présent titre.

Article D613-15

Sont exclues du bénéfice des prestations en espèces prévues à l'article D. 613-14 :

1° Les personnes qui exercent simultanément plusieurs activités, dont l'une relève des groupes professionnels artisanal, industriel et commercial mais dont le droit aux prestations en nature est ouvert dans un autre régime obligatoire d'assurance maladie en application de l'article L. 613-4 ;

2° Les personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'incapacité au métier dans le régime d'assurance invalidité des professions artisanales industrielles et commerciales prévues à l'article L. 635-5 ;

3° Les personnes mentionnées à l'article L. 613-7 lorsque le droit aux prestations en nature est ouvert dans un autre régime obligatoire d'assurance maladie ;

4° Les personnes retraitées, affiliées au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Article D613-16

Pour avoir droit aux indemnités journalières, l'assuré doit :

1° Etre affilié au régime d'assurance maladie maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles depuis au moins un an et rattaché aux groupes professionnels artisanal, industriel et commercial à la date du constat médical de l'incapacité de travail ;

2° Etre à jour de ses cotisations de base et supplémentaires à la date du constat médical de l'incapacité de travail. En cas de paiement tardif, l'assuré peut faire valoir son droit aux prestations dans les conditions prévues par l'article L. 613-8.

Lorsque l'assuré est affilié depuis moins d'un an au régime d'assurance maladie maternité des travailleurs non salariés non agricoles et relevait précédemment à titre personnel d'un ou de plusieurs régimes, la période d'affiliation au régime antérieur est prise en compte pour l'appréciation de la durée d'affiliation prévue au 1°, sous réserve qu'il n'y ait pas eu d'interruption entre les deux affiliations.

Article D613-17

Les indemnités journalières sont attribuées à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique, temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre une activité professionnelle pour cause de maladie ou d'accident survenu, notamment, pendant l'exercice d'une activité professionnelle artisanale ou industrielle et commerciale ou à la suite de celle-ci. Le bénéfice desdites prestations est supprimé lorsque l'incapacité trouve sa cause dans une faute intentionnelle de l'assuré.

Article D613-18

Les indemnités journalières visées à l'article D. 613-17 ne peuvent être cumulées avec les indemnités journalières forfaitaires prévues au deuxième alinéa de l'article L. 613-19 et au premier alinéa de l'article L. 613-19-2.

Les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu au versement des indemnités journalières.

Article D613-19

Pour l'application du premier alinéa de l'article D. 613-17, les conditions d'ouverture du droit aux prestations sont appréciées au jour de la constatation médicale de l'incapacité de travail.

L'indemnité journalière est attribuée à l'expiration d'un délai de carence de trois jours en cas d'hospitalisation et de sept jours en cas d'accident ou de maladie, à compter de la constatation médicale de l'incapacité de travail.

En cas de nouvel arrêt, après reprise du travail, dû à une affection donnant lieu à la procédure prévue à l'article L. 324-1 ou à un accident et n'ouvrant pas droit à indemnisation par les régimes invalidité des professions artisanales, industrielles et commerciales prévu à l'article L. 635-7, le délai de carence n'est appliqué qu'une seule fois, lors du premier arrêt dû à cette affection ou à cet accident.

Elle est due pour chaque jour ouvrable ou non.

Lorsque l'avis d'arrêt de travail est adressé au service médical au-delà du délai prévu à l'article D. 613-23, l'indemnité journalière est attribuée à l'expiration d'un délai de quatre jours à compter de sa réception par la caisse et au plus tôt à compter de l'expiration du délai de carence.

Article D613-19-1

En cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à six mois, la caisse doit faire procéder périodiquement à un examen spécial du bénéficiaire conjointement par le médecin traitant et le médecin-conseil conformément aux dispositions de l'article L. 324-1.

Article D613-20

L'assuré ne peut recevoir au titre d'une ou de plusieurs maladies, pour une période quelconque de trois ans, plus de 360 indemnités journalières.

Pour les affections donnant lieu à la procédure prévue à l'article L. 324-1, l'indemnité journalière peut être servie pendant une période d'une durée maximale de trois ans calculée de date à date pour chaque affection. Dans le cas d'interruption suivie de reprise du travail, l'indemnité journalière peut être servie pendant une nouvelle période d'une durée maximale de trois ans calculée de date à date dès lors que cette reprise a été d'au moins un an. La date de reprise d'activité est attestée par une déclaration sur l'honneur signée par l'assuré.

Article D613-21

Le montant de l'indemnité journalière est égal à 1/730 du revenu professionnel annuel moyen des trois dernières années civiles pris en compte pour le calcul de la cotisation visée à l'article D. 612-9 émise et échue à la date de la constatation médicale de l'incapacité de travail, dans la limite du plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 en vigueur à la date du constat médical.

Le montant de l'indemnité journalière ne peut être supérieur à 1/730 du plafond mentionné à l'article L. 241-3 en vigueur à la date du constat médical.

Le montant de l'indemnité journalière ne peut être inférieur à 1/730 de 40 p. 100 du plafond mentionné à l'article L. 241-3.

Article D613-22

Les dispositions de l'article L. 323-5 sont applicables à l'indemnité journalière prévue à l'article D. 613-21.

Article D613-23

En vue du versement des indemnités journalières, l'assuré doit adresser au service médical de la caisse de base du régime social des indépendants un avis d'arrêt de travail dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et qui doit comporter notamment la signature du médecin traitant et, après sa prescription, la cause et la durée probable de l'incapacité de travail.

L'avis d'arrêt de travail doit, sauf en cas d'hospitalisation, être adressé par l'assuré au service médical dans le délai de deux jours suivant la date de la constatation médicale de l'incapacité de travail.

Dans le cas où l'assuré reprend son travail avant la fin de la durée d'arrêt de travail prescrite par son médecin traitant, il doit adresser au service médical de la caisse de base du régime social des indépendants une déclaration sur l'honneur indiquant la date de reprise de son travail dans le délai de deux jours suivant la date de la reprise.

Article D613-24

Le service médical de la caisse de base du régime social des indépendants peut à tout moment :

1° Donner des avis d'ordre médical sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé et de la capacité au travail des bénéficiaires ;

2° Donner des avis d'ordre médical sur les liens de causalité entre l'interruption de travail, l'accident ou l'affectation comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur ;

3° Donner son avis sur l'incapacité de l'assuré lorsqu'en raison de la stabilisation dudit état celui-ci ne peut plus prétendre aux indemnités journalières de l'assurance maladie.

Le service médical exerce cette mission dans les conditions définies aux articles R. 613-55 à R. 613-64.

Article D613-25

La caisse de base du régime social des indépendants est fondée à refuser le bénéfice des indemnités journalières pour la période pendant laquelle le contrôle de la caisse mutuelle régionale a été rendu impossible, sans préjudice des dispositions de l'article D. 613-24.

Article D613-26

Les dispositions de l'article L. 377-1 sont applicables au régime des prestations en espèces institué par le présent titre.

Article D613-27

La caisse de base du régime social des indépendants notifie à l'organisme conventionné les dates de début et de fin d'indemnisation ainsi que les bases de calcul de l'indemnité journalière. Les refus pour des motifs non liés au paiement des cotisations dues sont notifiés à l'assuré par la caisse.

L'organisme conventionné établit mensuellement le décompte des indemnités journalières dues en utilisant un imprimé dont le modèle est fixé par la caisse nationale, et procède au versement au moins mensuel et à terme échu des prestations en espèces selon les modalités fixées par ladite caisse nationale.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 1 : Assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés des professions non-agricoles

Chapitre 3 : Champ d'application et prestations d'assurance maladie et maternité

Section 3 : Prestations de base

Sous-section 3 : Assurance maternité

Titre 1 : Régime social des indépendants

Article D613-4-5

Le caractère effectif de la cessation d'activité ouvrant droit à l'indemnité mentionnée à l'article D. 613-4-2 donne lieu à une déclaration sur l'honneur de l'assuré. Cette déclaration est accompagnée, pour la mère, d'un certificat médical attestant de la durée de l'arrêt de travail.

Partie réglementaire - Décrets simples

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

Section 1 : Organisation financière.

Article D623-1

L'autorité administrative désignée à l'article L. 623-2 est le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Article D623-2

Les dispositions de la présente section sont applicables aux caisses nationales, aux caisses, unions de caisses et sections de caisses des organisations autonomes des professions libérales.

Article D623-3

Sont applicables aux organismes mentionnés à l'article D. 623-2 les articles D. 253-5, D. 253-9 à D. 253-11, l'article D. 253-12 à l'exception du membre de phrase commençant par "en présence" et se terminant par "l'organisme" qui est remplacé par le membre de phrase suivant : "en présence du conseil d'administration, du directeur de l'organisme et d'un représentant de la caisse nationale", l'article D. 253-13, l'article D. 253-15 à l'exception du membre de phrase commençant par "auprès" et se terminant par "D. 253-1", l'article D. 253-16 à l'exception du membre de phrase commençant par "conformément" et se terminant par "R. 243-21" et à l'exception de la troisième phrase du premier alinéa, les articles D. 253-18, D. 253-20 à D. 253-28, D. 253-30, D. 253-42 à D. 253-48, l'article D. 253-49 à l'exception des deux premiers alinéas, les articles D. 253-50, D. 253-51, D. 253-53, D. 253-54, D. 253-56, D. 253-58, D. 253-59, D. 253-62, D. 253-63, D. 253-68 à D. 253-73 et D. 253-75 à D. 253-83.

Article D623-4

Sont applicables aux organismes mentionnés à l'article D. 623-2 les articles D. 611-7, D. 611-11, D. 611-12, D. 611-17, D. 611-20, D. 611-22, D. 611-23, D. 611-27 à D. 611-31 et D. 611-35.

Article D623-5

Les organismes appliquent les dispositions de l'article D. 114-4-4.

Article D623-25

Les comptes annuels sont établis par l'agent comptable et visés par le directeur ; ils sont présentés au conseil d'administration, accompagnés du rapport mentionné à l'article D. 623-16.

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

Article D623-26

La gestion des opérations administratives supporte toutes les dépenses suivantes dont la liste est limitative, à l'exclusion des dépenses de même nature qui incombent à d'autres gestions par application des dispositions réglementaires ou d'instructions spéciales.

1°) au titre du fonctionnement proprement dit :

a. les frais de personnel qui comprennent les traitements et salaires, les vacations et honoraires, les indemnités représentatives de frais, les indemnités diverses, les charges connexes aux traitements et salaires, les charges de sécurité sociale et autres charges sociales et, le cas échéant, les dépenses qui, après autorisation de l'autorité de tutelle, peuvent être engagées au titre des oeuvres sociales en faveur du personnel ;

b. les impôts et taxes ;

c. les frais de travaux, fournitures et services extérieurs qui comprennent les frais concernant respectivement les loyers et charges locatives, l'entretien et les réparations, les travaux et façons exécutés à l'extérieur, y compris la rémunération de services faits pour le compte de la caisse par d'autres organismes, le petit outillage, les fournitures faites à la caisse, la documentation technique, les honoraires ne faisant pas partie des frais de personnel ni des frais de fonctionnement du conseil d'administration et des commissions, les primes d'assurances, les frais d'expertises pour achat de

terrains ou d'immeubles administratifs et les frais d'établissement de plans ou de projets divers de construction ou d'aménagement d'immeubles administratifs, lorsque les projets d'acquisition, de construction ou d'aménagement ne sont pas suivis de réalisation ;

d. les frais de transports ;

e. les frais divers de gestion, les frais relatifs aux informations et publications, aux fournitures de bureaux, à la documentation générale, les frais de postes et télécommunications, les frais de paiement des prestations, les cotisations à divers groupements lorsque l'adhésion des caisses auxdits groupements est imposée ou autorisée ;

f. les frais de justice ou de contentieux, y compris ceux concernant le recouvrement des cotisations et des majorations de retard ;

g. les frais de fonctionnement de l'assemblée générale et du conseil d'administration et des commissions (y compris les indemnités, les frais de transports et de déplacements) ;

h. l'amortissement des immeubles administratifs, des frais d'établissement, des travaux d'aménagement, d'installation, d'agencement desdits immeubles ;

i. éventuellement, l'amortissement du mobilier et du matériel ;

j. les pertes exceptionnelles concernant la gestion des opérations administratives ;

k. l'apurement des déficits antérieurs ;

2°) au titre des opérations en capital et sous réserve de la réglementation propre à chacune des organisations :

a. les acquisitions d'immobilisations, de mobilier et de matériel d'exploitation amortissables par nature ;

b. les prêts et avances ;

c. les remboursements d'emprunts ;

d. les achats de valeurs.

Article D623-28

Les avances de fonds mises à la disposition des caisses secondaires ne peuvent dépasser le montant moyen des paiements d'une quinzaine. Elles ne peuvent être complétées ou renouvelées qu'au fur et

à mesure des justifications fournies.

Article D623-29

L'agent comptable peut, dans les conditions de l'article D. 613-33, faire ouvrir des comptes de disponibilités à ses délégués des caisses secondaires pour l'exécution, sous la signature des agents habilités à cet effet, de retraits de fonds, de paiements ou de virements.

Section 2 : Prestations de base.

Article D623-30

Pour l'application de l'article L. 161-19, sont assimilées aux périodes de mobilisation ou de captivité mentionnées par cet article [*validation de périodes*], les périodes durant lesquelles les requérants ont été engagés volontaires en temps de guerre, combattants volontaires de la Résistance, déportés ou internés résistants ou politiques, réfractaires au service du travail obligatoire, patriotes résistant à l'occupation des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle incarcérés en camps spéciaux ou patriotes réfractaires à l'annexion de fait.

Seules les périodes accomplies postérieurement au 1er septembre 1939 peuvent, au titre de l'article L. 161-19, être assimilées à des périodes d'assurance pour l'ouverture du droit et la liquidation des avantages de vieillesse, sous réserve que les intéressés aient ensuite exercé, en premier lieu, une activité libérale relevant de l'organisation autonome mentionnée au 3° de l'article L. 621-3, une activité non salariée artisanale ou une activité non salariée industrielle ou commerciale suivant le cas.

Pour bénéficier des dispositions précitées, les intéressés doivent apporter la preuve qu'ils ont été mobilisés ou prisonniers de guerre ou qu'ils se sont trouvés dans l'une des situations énumérées ci-dessus, au moyen de la production des pièces prévues par arrêté interministériel ou éventuellement d'une attestation délivrée par le ministère chargé des anciens combattants ou l'office national des anciens combattants.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales

Chapitre Ier : L'assurance vieillesse des professions artisanales

Article D631-1

Les dispositions de l'article D. 632-1 s'appliquent à l'assurance vieillesse des professions artisanales.

Chapitre 2 : L'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales

Section 2 : Règles de fonctionnement et de gestion.

Article D632-1

Sont obligatoirement affiliées, en application de l'article L. 622-7, aux caisses de base du régime social des indépendants, en ce qui concerne les sociétés dont l'activité est industrielle ou commerciale, les personnes physiques énumérées ci-après :

1°) les associés des sociétés en nom collectif, les associés de fait, les associés commandités des sociétés en commandite simple et en commandite par actions ;

2°) les gérants de sociétés à responsabilité limitée qui ne sont pas assimilés aux salariés pour l'application de la législation sur la sécurité sociale ;

3°) les associés majoritaires non gérants d'une SARL exerçant une activité rémunérée au sein de l'entreprise et qui ne sont pas assimilés aux salariés pour l'application de la législation sur la sécurité sociale.

Les assujettis sont tenus de se déclarer à la caisse dont ils relèvent en vue de leur immatriculation dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Chapitre 3 : Dispositions communes en matière d'organisation administrative et financière

Section 2 : Organisation financière - Cotisations

Sous-section 1 : Cotisations des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Article D633-1

La cotisation mentionnée à l'article L. 633-10 est due à compter de la date à laquelle a débuté l'activité professionnelle entraînant l'assujettissement au régime d'assurance vieillesse des professions artisanales ou à celui des professions industrielles et commerciales. Elle cesse d'être due à la date à laquelle cet assujettissement prend fin.

Article D633-2

Pour les assurés en activité, autres que les aides familiaux des entreprises artisanales, la cotisation annuelle est assise, dans la limite du plafond mentionné à l'article L. 633-10, sur leurs revenus provenant d'activités professionnelles non salariées non agricoles tels qu'ils sont définis à l'article L. 131-6. La valeur de ce plafond est déterminée conformément à l'article D. 612-6.

La cotisation annuelle ne peut être calculée sur une assiette inférieure à 5,25 % de la valeur du plafond déterminée conformément au premier alinéa du présent article et sans application du deuxième alinéa de l'article D. 612-6. Le présent alinéa s'applique aux travailleurs indépendants dont la durée d'affiliation est au moins égale à quatre-vingt-dix jours au cours de cette même année.

Article D633-4

L'assuré qui n'a pas souscrit la déclaration de revenus prévue à l'article R. 115-5 est redevable d'une cotisation provisoire calculée et notifiée conformément aux dispositions de l'article R. 242-14.

Cette cotisation provisoire ne peut toutefois excéder le montant de la cotisation due sur le plafond mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 633-10.

La cotisation annuelle effectivement due par l'assuré qui a souscrit avec retard la déclaration de revenus mentionnée au premier alinéa est assortie d'une pénalité calculée et recouvrée dans les conditions prévues à l'article R. 242-14. Cette pénalité peut toutefois faire l'objet d'une remise totale ou partielle dans les conditions prévues à l'article D. 633-15. Elle peut également faire l'objet de sursis à poursuites accordés par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement, sous réserve qu'ils soient assortis de garanties du débiteur.

Article D633-9

Les assurés qui apportent la preuve qu'ils se sont trouvés dans l'impossibilité de poursuivre leur activité pour un motif indépendant de leur volonté et étranger à la nature même de la profession exercée, notamment pour raison de santé ou en cas d'appel ou de rappel sous les drapeaux ou de sinistre, sont dispensés du paiement d'un trimestre de la cotisation provisionnelle pour toute période de cessation d'exercice d'au moins quatre-vingt-dix jours consécutifs.

Article D633-12

Pour les aides familiaux des entreprises artisanales, la cotisation annuelle est calculée sur la base d'un revenu égal au tiers du plafond mentionné à l'article L. 633-10 ou sur la base d'un revenu égal au revenu professionnel du chef d'entreprise, si ce dernier revenu est inférieur au tiers du plafond susmentionné, sous réserve de l'application du deuxième alinéa de l'article D. 633-2.

Cette cotisation est versée par le chef d'entreprise, en sus de sa cotisation personnelle, dans les mêmes conditions et délais que cette dernière.

Article D633-16

Les assurés titulaires d'une pension, rente ou allocation mentionnées aux articles L. 634-2 à L. 634-5, L. 812-1 et L. 813-5 et qui exercent une activité professionnelle non salariée entraînant leur assujettissement au régime d'assurance vieillesse au titre duquel ils sont titulaires de l'avantage de vieillesse susmentionné peuvent demander que la cotisation dont ils sont redevables soit précomptée mensuellement sur les arrérages de la pension, rente ou allocation. Lorsque le montant de la cotisation est supérieur à celui de l'avantage de vieillesse, le solde doit, dans ce cas, être versé directement par l'assuré à la caisse dont il relève, au plus tard le dernier jour du premier mois du semestre civil suivant.

Sous-section 2 : Cotisations des conjoints collaborateurs des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales

Article D612-19-1

Les dispositions des articles D. 243-1 et D. 243-2 sont applicables aux cotisations et aux majorations et pénalités afférentes dues en application du présent titre.

Article D633-19-2

Le conjoint collaborateur peut demander que sa cotisation soit calculée :

1° Soit sur un revenu forfaitaire égal au tiers du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 633-10 ;

2° Soit sur 33,33 % du revenu d'activité mentionné au 1° de l'article L. 633-10 ;

3° Soit sur 50 % du revenu d'activité mentionné au 1° de l'article L. 633-10 ;

4° Soit sur une fraction fixée au tiers du revenu d'activité mentionné au 2° de l'article L. 633-10 ;

5° Soit sur une fraction fixée à la moitié du revenu d'activité mentionné au 2° de l'article L. 633-10.

Article D633-19-3

Le choix du conjoint collaborateur pour l'une des options mentionnées aux 1° à 5° de l'article D. 633-19-2 doit être effectué par écrit au plus tard soixante jours avant la date limite de paiement de la première échéance de cotisations suivant le début de son activité. Cette demande est contresignée du chef d'entreprise si l'option retenue est celle prévue au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2.

L'option choisie en vertu de l'alinéa ci-dessus s'applique pour les cotisations dues au titre de l'année civile du début d'activité. En l'absence de demande contraire du conjoint collaborateur ou, s'il s'agit de l'option prévue au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2, du conjoint collaborateur ou du chef d'entreprise, elle est reconduite pour une durée d'un an tacitement renouvelable dans les mêmes conditions.

La demande prévue à l'alinéa ci-dessus doit être effectuée par écrit. Elle doit être contresignée du chef d'entreprise si la nouvelle option retenue est celle prévue au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2. Elle doit être reçue par la caisse compétente :

- au titre de la deuxième année civile d'activité du conjoint collaborateur, avant le 1er décembre de l'année du début d'activité si celui-ci est intervenu avant le 1er août, dans le délai prévu au premier alinéa dans le cas contraire ;

- pour les années postérieures à la deuxième année civile d'activité, avant le 1er décembre de l'année précédente.

Lorsque les conditions prévues aux alinéas ci-dessus ne sont pas remplies, les cotisations sont calculées sur le revenu forfaitaire mentionné au 1° de l'article D. 633-19-2 jusqu'à la date à laquelle la caisse est informée du choix du conjoint ou, si l'option retenue par celui-ci est celle prévue au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2, jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle il en informe la caisse.

Article D633-19-4

Par exception aux dispositions de l'article D. 633-1, les cotisations afférentes à la première année civile d'activité du conjoint collaborateur qui choisit l'option prévue au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2 sont dues à compter du 1er janvier de cette année ou à compter de la date de début d'activité du chef d'entreprise si celle-ci est postérieure au 1er janvier.

Toutefois, par exception aux dispositions du deuxième alinéa de l'article D. 633-19-3, sur demande du conjoint, l'option prévue au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2 prend effet au 1er janvier de sa deuxième année civile d'activité. Le conjoint choisit alors, pour le calcul des cotisations afférentes à sa première année civile d'activité, l'une des options prévues aux 1° à 3° de l'article D. 633-19-2, dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article D. 633-19-3. Les dispositions du dernier alinéa de l'article D. 633-19-3 sont applicables au choix prévu au présent alinéa.

Article D633-19-5

Par exception aux dispositions de l'article D. 633-1, les cotisations afférentes à la dernière année civile d'activité du conjoint collaborateur qui a choisi l'option prévue au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2 cessent d'être dues au 31 décembre de cette année ou à compter de la date de cessation d'activité du chef d'entreprise si celle-ci est antérieure au 31 décembre de cette année.

Toutefois, par exception aux dispositions du deuxième alinéa de l'article D. 633-19-3, le conjoint qui a choisi l'option prévue au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2 peut demander que cette option cesse de produire effet au 31 décembre précédant sa cessation d'activité. Il choisit alors, pour le calcul des cotisations afférentes à sa dernière année civile d'activité, l'une des options prévues aux 1° à 3° de l'article D. 633-19-2, dans les 60 jours suivant sa cessation d'activité. Les dispositions du dernier alinéa de l'article D. 633-19-3 sont applicables au choix prévu au présent alinéa.

Article D633-19-6

Les cotisations afférentes aux deux premières années civiles d'activité du conjoint collaborateur qui a choisi l'une des assiettes prévues aux 2° à 5° de l'article D. 633-19-2 sont calculées sur le revenu retenu pour le calcul des cotisations dues par le chef d'entreprise pour ces années, pris en compte à

hauteur du pourcentage et selon les modalités correspondant à l'option effectuée.

Article D633-19-7

Les dispositions de l'article D. 633-4 ne sont pas applicables au conjoint collaborateur qui a choisi de cotiser sur le revenu forfaitaire mentionné au 1° de l'article D. 633-19-2.

Lorsque la cotisation provisoire du chef d'entreprise est calculée en application des dispositions du premier alinéa de l'article D. 633-4, celle due par le conjoint collaborateur est calculée sur le même revenu que celui pris en compte pour la cotisation du chef d'entreprise, retenu à hauteur de la fraction et selon les modalités correspondant à l'option effectuée en application des dispositions des 2° à 5° de l'article D. 633-19-2.

Section 3 : Dispositions d'application.

Chapitre 4 : Prestations

Section 1 : Généralités

Article D634-1

Sont applicables aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, pour la période postérieure au 31 décembre 1972, les articles D. 254-4 et D. 254-6 ainsi que les dispositions du livre III, titre V, chapitres 1er à 5, à l'exception des articles R. 351-3, 1er alinéa, 3°, et dernier alinéa, R. 351-9, 1er au 5e alinéa, R. 351-11, R. 351-12, R. 351-19, R. 351-20, R. 351-22 (2°), R. 351-23, R. 351-24, R. 351-29, R. 351-36, 2e alinéa, R. 351-37-1 à R. 351-37-11, R. 351-39 à R. 351-44, R. 352-1 R. 355-2 et R. 355-4, deuxième et troisième alinéa, sous réserve des adaptations suivantes :

I.-Les références au régime général, au régime général de sécurité sociale et à la législation sur les assurances sociales sont remplacées par les références au régime d'assurance vieillesse des professions artisanales et au régime d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales.

II.-Les références aux caisses du régime général de la sécurité sociale, aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ou aux caisses chargées de la liquidation des prestations vieillesse des travailleurs salariés sont remplacées par les références aux caisses de base du régime social des indépendants.

III.-Les références au salaire annuel de base, salaire de base, salaires annuels et salaires sont remplacées par les références au revenu annuel moyen défini à l'article R. 634-1.

IV.-Les références à l'allocation aux vieux travailleurs salariés sont remplacées par les références à l'allocation aux vieux travailleurs non salariés.

V.-A l'article R. 351-9, dernier alinéa, la référence à la date du 1er janvier 1972 est remplacée par la référence à la date du 1er janvier 1973.

Section 2 : Ouverture des droits et liquidation des pensions de retraite.

Article D634-2

Pour l'ouverture du droit à pension, sont prises en considération, sous réserve que les cotisations éventuellement dues au titre de l'année civile au cours de laquelle elles se situent aient été acquittées, les périodes postérieures au 31 décembre 1972 énumérées ci-dessous :

1° Le trimestre civil au cours duquel se situe le soixantième jour d'hospitalisation de l'assuré, un trimestre étant également décompté pour chaque nouvelle période d'hospitalisation de soixante jours ;

2° Chaque trimestre civil au cours duquel l'assuré a bénéficié, pour raison de santé, en application de l'article D. 633-9, d'une dispense de paiement de la cotisation correspondante ;

3° Chaque trimestre civil au titre duquel sont versés des arrérages d'une pension d'invalidité servie au titre d'un régime visé à l'article L. 635-2 ou comportant une échéance de paiement des arrérages d'une telle pension servie au titre de l'assurance volontaire prévue à l'article L. 742-1 ;

4° Chaque trimestre civil comportant au moins cinquante jours de chômage involontaire constaté après la cessation de l'activité artisanale, industrielle et commerciale dans les conditions prévues à l'article R. 351-12, 4°, b, c et d ;

5° Chaque trimestre civil comportant une échéance de paiement des arrérages d'une rente d'accident du travail correspondant à une incapacité permanente au moins égale à 66 p. 100 servie au titre de l'assurance volontaire prévue à l'article L. 743-1 ;

6° Les périodes mentionnées à l'article R. 351-12, 4°, a, et 6°, dans le cas où l'intéressé était précédemment affilié au régime d'assurance vieillesse des professions artisanales ou industrielles et commerciales.

L'application des dispositions précédentes ne peut avoir pour effet de porter à un chiffre supérieur à quatre le nombre de trimestres d'assurance valables au titre d'une même année civile.

Article D634-2-1

Lorsque le nombre de trimestres d'assurance validés à compter du 1er janvier 1973 au titre de

l'exercice exclusif d'une activité professionnelle artisanale, industrielle ou commerciale est inférieur à quatre pour une année civile, l'assuré peut demander, en application de l'article L. 634-2-1, à procéder à un versement complémentaire de cotisations en vue de la validation de l'année entière.

L'assuré qui a exercé au cours d'une même année une ou plusieurs activités relevant des régimes obligatoires vieillesse des professions industrielles, commerciales et artisanales peut procéder au rachat.

La demande de rachat n'est recevable que si l'intéressé est à jour de ses cotisations obligatoires d'assurance vieillesse et invalidité-décès.

Le conjoint survivant, lorsque la pension de réversion n'a pas encore été liquidée, peut procéder au rachat auquel aurait eu droit l'assuré dans le délai d'un an à compter de la date du décès.

Article D634-2-2

Le montant de la cotisation complémentaire de rachat pour la validation d'un trimestre est calculé sur la base d'une assiette égale à la moyenne des revenus cotisés correspondant à la période d'activité professionnelle jusqu'au 1er janvier de l'année de la demande de rachat. Pour le calcul de la moyenne, il est fait application aux revenus cotisés des coefficients de majoration servant au calcul des pensions en vigueur à la date de rachat.

Le taux de la cotisation est celui en vigueur à la date de la demande de rachat.

La cotisation de rachat est minorée ou majorée selon des coefficients tenant compte de l'âge de l'intéressé à la date de la demande de rachat, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le montant reporté au compte de l'assuré est égal, pour chaque trimestre racheté, au résultat de la division du revenu ayant servi d'assiette à la cotisation de rachat par le produit des coefficients de majoration. Ces coefficients sont ceux applicables, à la date du rachat, aux revenus de l'année civile au titre de laquelle le rachat est effectué.

Article D634-2-3

La demande de rachat doit être effectuée dans les six ans qui suivent la date à laquelle les revenus professionnels sont définitivement connus, auprès du régime d'assurance vieillesse artisanal, industriel et commercial dont relevait l'assuré pendant la période en cause.

En cas de cessation d'activité, la demande de rachat doit être adressée au régime susmentionné dans le délai d'un an à compter de la date de cessation.

Lorsque l'assuré a changé de caisse d'affiliation à l'intérieur d'un même régime, la demande doit être

présentée à la caisse dont il relève en dernier lieu.

Article D634-2-4

Le versement complémentaire mentionné à l'article L. 634-2-1 doit être effectué dans un délai de trois mois à compter de la notification du décompte de rachat à l'assuré par la caisse.

Si le versement de rachat intervient après une première liquidation de la pension, la révision des droits prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant ledit versement de la cotisation.

Lorsque la totalité des cotisations dues au titre du rachat n'a pas été versée, celui-ci est annulé et les versements effectués sont remboursés à l'assuré.

Article D634-3

Les dispositions de l'article D. 351-2 sont applicables aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales mentionnés à l'article L. 634-2 pour le calcul des prestations afférentes aux périodes d'assurance postérieures au 31 décembre 1972.

Article D634-3-1

Pour l'exercice de la faculté de versement de cotisations prévue à l'article L. 634-2-2, sont applicables les dispositions des articles D. 351-3 à D. 351-14 sous réserve des dispositions suivantes :

1° La référence au régime d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales est substituée à la référence au régime général de sécurité sociale ;

2° La référence à l'article L. 634-2-2 est substituée à la référence à l'article L. 351-14-1 ;

3° La référence au 1° de l'article L. 634-2-2 est substituée à la référence au 1° de l'article L. 351-14-1 ;

4° Au dernier alinéa de l'article D. 351-4, la référence à la caisse de base du régime social des indépendants dont relève l'intéressé à la date de la demande ou dont il a relevé en dernier lieu est substituée à la référence à la caisse visée à cet alinéa ;

5° A l'article D. 351-8, la référence au I de l'article D. 634-4-1 est substituée à la référence à l'article R. 351-29.

Article D634-4

Pour la détermination, en application de l'article L. 634-4, du revenu annuel moyen servant de base au calcul de la pension des assurés n'ayant pas accompli, sous réserve des dispositions de l'article D. 634-4-1, plus de vingt-cinq années d'assurance postérieurement au 31 décembre 1972, sont pris en considération les revenus professionnels correspondant aux cotisations versées au titre de l'ensemble des trimestres d'assurance accomplis à partir du 1er janvier 1973 et jusqu'au dernier jour du trimestre civil précédant la date d'entrée en jouissance de la pension.

Toutefois, il n'est pas tenu compte, à moins que cette neutralisation ne soit défavorable à l'assuré, des revenus professionnels correspondant à des années civiles qui comportent deux trimestres ou plus de périodes assimilées à des périodes d'assurance en application de l'article D. 634-2.

Article D634-4-1

I. - La durée de vingt-cinq années fixée au premier alinéa de l'article D. 634-4 est applicable aux pensions prenant effet postérieurement au 31 décembre 2012 quelle que soit la date de naissance de l'assuré.

II. - En ce qui concerne les pensions prenant effet avant le 1er janvier 2013, la durée mentionnée au premier alinéa de l'article D. 634-4 est de :

Dix années pour l'assuré né avant le 1er janvier 1934 ;

Onze années pour l'assuré né en 1934 ou 1935 ;

Douze années pour l'assuré né en 1936 ou 1937 ;

Treize années pour l'assuré né en 1938 ou 1939 ;

Quatorze années pour l'assuré né en 1940 ou 1941 ;

Quinze années pour l'assuré né en 1942 ou 1943 ;

Seize années pour l'assuré né en 1944 ;

Dix-sept années pour l'assuré né en 1945 ;

Dix-huit années pour l'assuré né en 1946 ;

Dix-neuf années pour l'assuré né en 1947 ;

Vingt années pour l'assuré né en 1948 ;

Vingt et une années pour l'assuré né en 1949 ;

Vingt-deux années pour l'assuré né en 1950 ;

Vingt-trois années pour l'assuré né en 1951 ;

Vingt-quatre années pour l'assuré né en 1952.

III. - Par dérogation aux dispositions du I ci-dessus, le nombre d'années mentionné au premier alinéa de l'article D. 634-4 demeure fixé à vingt-quatre années pour les assurés nés en décembre 1952 et dont la pension prend effet au 1er janvier 2013 en application de l'article R. 351-37.

Article D634-5

L'assuré dont l'âge est au moins égal à celui prévu par le 1° de l'article L. 351-8 ou soixante-cinq ans s'il remplit, les conditions du 1° bis, 1° ter du même article, ou les conditions prévues au III ou au IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, qui justifie, pour la période postérieure au 31 décembre 1972, de trimestres d'assurance dans le régime des professions artisanales ou dans celui des professions industrielles et commerciales bénéficie, en application de l'article L. 351-6, de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article R. 351-7, sans que cette majoration puisse avoir pour effet de porter au-delà de la durée d'assurance prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1 la durée totale des périodes d'assurance antérieures au 1er janvier 1973 et postérieures au 31 décembre 1972.

La majoration est applicable aux trimestres d'assurance postérieurs au 31 décembre 1972.

Le nombre total des trimestres d'assurance obtenus en application des deux alinéas précédents est éventuellement arrondi au chiffre immédiatement supérieur sans pouvoir excéder la durée d'assurance prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1.

Article D634-6

Le montant minimum prévu à l'article L. 351-10 est attribué au titre des périodes d'assurance postérieures au 31 décembre 1972 dans les conditions fixées par l'article D. 351-2-1.

Toutefois, lorsque l'assuré justifie également de périodes d'assurance ou d'activité professionnelle non salariée antérieures au 1er janvier 1973, valables au titre du régime d'assurance vieillesse en vigueur au 31 décembre 1972, l'application dudit article L. 351-10 ne peut avoir pour effet de porter le total des pensions allouées au titre des périodes d'assurance antérieures et postérieures au 1er janvier 1973 à un montant supérieur au minimum de pension calculé au prorata de la durée totale d'assurance par rapport à la durée d'assurance prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1.

Article D634-7

Pour l'application de l'article L. 742-10, le montant minimum prévu à l'article L. 351-10 est calculé pour chacun des époux séparément en tenant compte d'une part de la durée d'assurance durant la période ayant donné lieu au partage de l'assiette des cotisations et d'autre part de la durée d'assurance accomplie par chaque époux hors la période de partage ou attribuée, le cas échéant, en application de l'article L. 351-4.

La durée d'assurance durant la période ayant donné lieu à partage est répartie entre les époux, selon l'option prévue à l'article D. 742-26, 3°, soit à concurrence des deux tiers pour le chef d'entreprise et du tiers pour le conjoint collaborateur, soit à concurrence de la moitié pour l'un et l'autre époux.

Article D634-8

Lorsqu'un assuré n'a accompli, postérieurement au 31 décembre 1972, aucune période d'assurance ayant donné lieu au versement de cotisations, mais qu'il justifie, postérieurement à cette date, de périodes assimilées en application de l'article D. 634-2, les prestations afférentes auxdites périodes sont calculées sur la base d'un revenu annuel égal, dans la limite du plafond visé à l'article L. 633-10 en vigueur au 1er janvier 1973, à autant de fois un pourcentage dudit plafond que la dernière cotisation annuelle portée à son compte antérieurement au 1er janvier 1973 comporte de points. Ce pourcentage est fixé à 3 p. 100 en ce qui concerne le régime des professions artisanales et à 5 p. 100 en ce qui concerne le régime des professions industrielles et commerciales. Le revenu ainsi déterminé est majoré en appliquant les coefficients fixés, pour la majoration des revenus, pour l'application de l'article L. 634-5.

Article D634-9

Pour l'application des dispositions de l'article R. 351-26, sont totalisés le montant annuel de la pension de vieillesse à laquelle l'assuré pourrait prétendre au titre des périodes d'assurance postérieures au 31 décembre 1972, le montant de l'avantage de vieillesse auquel il pourrait prétendre au titre des périodes d'assurance et d'activité non salariée antérieures au 1er janvier 1973 et, le cas échéant, le montant de l'avantage de conjoint dû au titre de ces dernières périodes.

Article D634-10

Les assurés titulaires d'une pension d'invalidité servie au titre d'un régime visé à l'article L. 635-2 ont droit, à partir du premier jour du mois suivant l'âge prévu par l'article L. 161-17-2, à la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail, laquelle se substitue, dans les conditions fixées par ledit régime, à leur pension d'invalidité.

Lorsque le montant de la pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail en

remplacement de la pension d'invalidité dont l'assuré était titulaire à l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 est inférieur au montant de cette deuxième pension, il est attribué, le cas échéant, à compter du 1er janvier 1979, une allocation différentielle dans les conditions définies par le règlement du régime d'assurance invalidité-décès dont relève l'intéressé.

Section 3 : Service des pensions de vieillesse.

Article D634-11-1

Pour l'application de l'article L. 634-6, le service d'une pension de vieillesse est assuré à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assuré a cessé définitivement son activité professionnelle non salariée relevant du présent titre. L'assuré doit établir qu'il se trouve dans cette situation par tout mode de preuve, notamment par la production :

- a) D'un certificat de radiation du registre du commerce et des sociétés, du répertoire des métiers ou du registre des entreprises des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, ou d'un certificat de cessation d'activité du chef d'entreprise délivré par la chambre de métiers et de l'artisanat de région ;
- b) D'une attestation de radiation des rôles de la taxe professionnelle ;
- c) D'une attestation de radiation du répertoire national des agents commerciaux.

Par dérogation au premier alinéa, la pension peut être servie sans cessation préalable de l'activité dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

-lorsque l'assuré déclare vouloir exercer, postérieurement à l'entrée en jouissance de sa pension, une activité relevant des régimes du présent titre et procurant des revenus inférieurs aux seuils prévus à l'article D. 634-11-2 ;

-lorsque l'assuré remplit les conditions prévues aux quatrième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 634-6, sous réserve d'adresser à la caisse qui assure le service de la pension, dans le mois suivant la date d'entrée en jouissance de la pension, une déclaration qui précise la nature de l'activité reprise ainsi qu'une attestation sur l'honneur énumérant les différents régimes mentionnés au quatrième alinéa de l'article précité dont il a relevé et certifiant qu'il est entré en jouissance de toutes ses pensions de vieillesse personnelles.

En cas de reprise d'activité, le service de la pension est maintenu dès lors que l'assuré remplit les conditions prévues au sixième ou au septième alinéa du présent article. L'assuré produit les documents prévus au septième alinéa dans le mois suivant la reprise d'activité.

La pension liquidée n'est pas susceptible d'être révisée pour tenir compte du versement de cotisations afférentes à des périodes d'activité relevant du deuxième alinéa de l'article L. 634-6.

Article D634-11-2

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 634-6, les revenus professionnels annuels non salariés définis à l'article L. 131-6 procurés par l'exercice d'une activité par l'assuré postérieurement à l'entrée en jouissance de sa pension ne doivent pas excéder la moitié du plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 633-10, rapportée à la durée de cet exercice lorsque cette durée est inférieure à un an. Lorsque l'assuré poursuit son activité conformément au sixième alinéa de l'article D. 634-11-1, les revenus pris en compte sont également rapportés à la durée de cet exercice, lorsque celle-ci est inférieure à un an.

Toutefois dans les zones de revitalisation rurales et dans les zones urbaines sensibles visées, respectivement, à l'article 1465 A et au I de l'article 1466 A du code général des impôts, cette limite est fixée au plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 633-10.

Pour la détermination de la durée d'exercice mentionnée au premier alinéa, il n'est pas tenu compte des mois civils suivant celui au cours duquel l'assuré remplit les conditions prévues aux quatrième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 634-6.

Article D634-11-3

La caisse compétente mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 634-6 est la caisse qui assure le service de la pension.

Article D634-11-4

Les caisses gérant les régimes d'assurance vieillesse relevant du présent titre rappellent avant la liquidation de la pension, puis, chaque année, aux assurés l'obligation de déclaration en cas de reprise d'activité ainsi que les règles prévues par l'article L. 634-6.

Article D634-11-5

Les caisses signalent à l'assuré le dépassement des seuils prévus à l'article D. 634-11-2. L'assuré dispose d'un délai d'un mois pour faire valoir ses observations. La suspension de la pension est notifiée par la caisse à l'expiration de ce délai. Elle prend effet au premier jour du mois suivant l'envoi à l'assuré de la notification, pour un nombre de mois égal au rapport entre le montant du dépassement constaté et le montant mensuel net de la pension, arrondi à l'entier inférieur, sans que ce nombre puisse être inférieur à un ni supérieur au nombre de mois durant lesquels, au cours de l'année pour laquelle le dépassement est constaté, l'assuré a poursuivi ou repris une activité artisanale ou commerciale dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 634-6.

Article D634-11-6

A défaut de déclaration de la reprise d'activité, le service de la pension est suspendu, à titre conservatoire, jusqu'à ce que la déclaration soit effectuée par l'assuré.

Article D634-13

Les pensions d'assurance vieillesse de base servies par le régime des professions artisanales et par le régime des professions industrielles et commerciales ainsi que leurs majorations et accessoires sont payables mensuellement et à terme échu à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D634-13-1

L'assuré qui transmet son entreprise entre l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 et celui prévu par ce même article augmenté de cinq années est autorisé, en application de l'article L. 634-6-1, à y poursuivre une activité rémunérée, tout en percevant ses prestations de vieillesse liquidées au titre d'un régime obligatoire, pendant une durée de six mois. Ce délai prend effet au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel est intervenue la transmission.

L'assuré atteste la transmission par tous moyens. Celle-ci ne peut être antérieure, notamment, à la vente ou à la promesse de vente du fonds par acte authentique, à la mise en location-gérance, à la cession par le requérant de tout ou partie de ses droits ou parts sociales de telle sorte que les droits ou parts conservés soient inférieurs à ceux du repreneur.

Au cours de la période de six mois mentionnée au premier alinéa, le service de la pension est suspendu à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions fixées au deuxième alinéa ne sont plus remplies.

A l'issue de la période de six mois, le service de la pension est effectué dans les conditions prévues aux articles R. 634-3 et R. 634-4.

Article D634-13-2

L'assuré qui cède une entreprise commerciale, artisanale ou de services au sens de l'article L. 129-1 du code de commerce s'engage avec son repreneur dans des actions de tutorat définies par convention respectant les conditions prévues par le décret n° 2007-478 du 29 mars 2007 pris pour l'application de l'article L. 129-1 du code de commerce et relatif au tutorat en entreprise et bénéficie d'une rémunération à ce titre est autorisé à percevoir ses prestations de vieillesse.

Toutefois, la durée maximale de cumul de la prestation vieillesse et de la rémunération de tutorat est fixée à douze mois ; les fractions de mois civil antérieures ou postérieures aux dates d'effet de début et de fin de la convention de tutorat n'étant pas prises en compte pour l'appréciation de la période de douze mois.

Section 4 : Pensions de réversion.

Article D634-14

Pour l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 353-1 relatives au montant minimum de la pension de réversion, il est tenu compte, le cas échéant, du montant cumulé de la pension de réversion allouée au titre des périodes d'assurance postérieures au 31 décembre 1972 dont justifiait l'assuré décédé et de l'avantage de réversion alloué au titre des périodes d'assurance et d'activité non salariée de l'assuré antérieures au 1er janvier 1973.

Article D634-14-1

Pour l'application des dispositions de l'article R. 634-5 aux pensions de réversion liquidées au 1er janvier 2013, premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assuré est décédé, le nombre d'années mentionné à l'article D. 634-4 du code de la sécurité sociale demeure fixé à vingt-quatre.

Section 5 : Retraite progressive

Article D634-15

L'assuré qui demande la liquidation de sa pension de vieillesse et le service d'une fraction de celle-ci en application de l'article L. 634-3-1 produit à l'appui de sa demande :

1. Une déclaration sur l'honneur attestant qu'il n'exerce qu'une activité professionnelle artisanale, industrielle et commerciale à temps réduit. Cette déclaration est accompagnée, lorsque l'assuré exerçait d'autres activités salariées ou non salariées, des attestations ou certificats suivants :

a) Une attestation du dernier employeur, public ou privé, dont il relevait antérieurement à la date d'entrée en jouissance de la pension, mentionnant la date de cessation de toute activité de l'assuré auprès de cet employeur ;

b) Un certificat de radiation du registre du commerce et des sociétés, du répertoire des métiers ou du registre des entreprises des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, ou un certificat de cessation d'activité du chef d'entreprise délivré par la chambre des métiers ;

c) Une attestation de radiation du tableau de l'ordre professionnel dont il relevait ;

d) Une attestation de radiation des rôles de la taxe professionnelle ;

e) Une attestation de radiation du répertoire national des agents commerciaux ;

f) Une attestation de cessation d'activité délivrée par la caisse de mutualité sociale agricole à laquelle il était affilié en qualité de personne non salariée des professions agricoles ;

2. A partir de la deuxième année de retraite progressive et avant le 1er juillet de chaque année, une copie de sa déclaration fiscale des revenus de l'année précédente.

Article D634-16

La fraction de pension de vieillesse servie en application de l'article L. 634-3-1 est fixée à :

1. 30 p. 100 pour une réduction de 20 à 40 p. 100 des revenus tirés de l'activité artisanale, industrielle ou commerciale ;

2. 50 p. 100 pour une réduction de 40 à 60 p. 100 ;

3. 70 p. 100 pour une réduction de plus de 60 p. 100.

Le pourcentage de réduction des revenus est calculé au 1er juillet de chaque année en fonction du rapport existant entre les revenus de l'année précédente tels qu'ils sont retenus pour l'assiette de l'impôt sur le revenu et la moyenne de ces mêmes revenus professionnels des cinq années précédant la demande de retraite progressive actualisés en fonction des coefficients de revalorisation visés à l'article L. 634-5.

Article D634-17

Le service de la fraction de pension prend effet au 1er janvier qui suit la demande.

Article D634-18

Pendant la première année et le premier semestre de l'année suivante, la fraction de pension de vieillesse est fixée à titre provisionnel au taux prévu au 2 de l'article D. 634-16.

A compter du 1er juillet de la deuxième année et chaque 1er juillet, il est éventuellement procédé à la révision de la fraction de pension en fonction du rapport défini au deuxième alinéa de l'article D. 634-16. La caisse procède alors selon les cas au remboursement à l'assuré des sommes restant dues, ou recouvre les sommes trop perçues par l'assuré. Les sommes trop perçues sont imputées le cas échéant sur les mois d'arrérages suivants pour un montant égal.

Si le revenu tiré de l'activité professionnelle n'est pas réduit d'au moins 20 p. 100 par rapport à la moyenne des revenus actualisés visés à l'article D. 634-16, deuxième alinéa, le service de la fraction

de pension est supprimé à titre définitif. Les prestations trop perçues sont recouvrées par la caisse soit en un seul versement, soit dans les conditions précisées au précédent alinéa.

La suppression de la pension prend effet au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel est intervenue la cessation ou la modification de l'activité professionnelle.

Article D634-19

Les dispositions de l'article R. 351-39, R. 351-43 (premier alinéa), R. 351-44 et D. 351-15 sont applicables aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Chapitre 5 : Régimes complémentaires d'assurance vieillesse - Régimes d'assurance invalidité-décès

Section 1 : Régimes complémentaires d'assurance vieillesse

Sous-section 1 : Dispositions communes

Article D635-1

La Caisse nationale du régime social des indépendants assure la gestion des régimes complémentaires obligatoires des professions artisanales, industrielles et commerciales mentionnés à l'article L. 635-1. Ces régimes attribuent des avantages révisables chaque année, selon les ressources qui leur sont affectées.

Article D635-2

La cotisation annuelle au régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse est calculée suivant les modalités prévues aux premier, deuxième et troisième alinéas de l'article L. 131-6-2. Sous réserve des dispositions des articles D. 635-7 et D. 635-10, elle est recouvrée dans les conditions prévues aux articles R. 133-26 et R. 133-27 et sous les garanties de la cotisation vieillesse de base, y compris les dispositions de l'article D. 633-9. Pour les travailleurs indépendants dont la durée d'affiliation est au moins égale à quatre-vingt-dix jours au cours de l'année au titre de laquelle la cotisation est due, ladite cotisation ne peut être calculée sur une assiette inférieure à celle mentionnée au dernier alinéa de l'article D. 633-2.

Article D635-3

L'assuré qui n'a pas souscrit la déclaration de revenus prévue à l'article R. 115-5 est redevable d'une cotisation provisoire calculée et notifiée conformément aux dispositions de l'article R. 242-14 qui ne peut excéder le montant de la cotisation due sur le plafond applicable au régime en cause.

Article D635-4

Les périodes d'activité professionnelle ayant fait l'objet d'un versement complémentaire de rachat dans le régime d'assurance vieillesse de base peuvent faire l'objet d'un rachat dans le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire. L'assiette et le taux de la cotisation sont déterminés dans les conditions prévues à l'article D. 634-2-2, et les versements s'effectuent dans les conditions prévues aux articles D. 634-2-3 et D. 634-2-4.

Article D635-5

Le règlement mentionné à l'article L. 635-3 est approuvé par le ministre chargé de la sécurité sociale. Le ministre chargé du budget peut toutefois signifier par lettre au ministre chargé de la sécurité sociale son opposition à une telle approbation dans un délai d'un mois à compter de la délibération de la caisse. Le règlement détermine les principes de l'évolution des paramètres du régime à moyen et long terme et organise leur révision périodique. Il précise également les principes de gestion des réserves du régime, notamment en vue de la couverture de ses engagements. Le conseil d'administration de la caisse fixe annuellement la valeur du revenu de référence applicable à l'année en cours et la valeur de service du point de retraite en cohérence avec les principes déterminés par ledit règlement et selon les modalités qu'il établit, sous réserve des dispositions de l'article D. 635-8.

Article D635-6

Un prélèvement sur les cotisations du régime complémentaire, dont le montant est décidé chaque année par le conseil d'administration de la caisse nationale, alimente le fonds d'action sociale mentionné à l'article L. 635-3. Ce fonds est notamment destiné à prendre en charge ou à faire l'avance des cotisations des adhérents qui seraient momentanément empêchés de les régler par suite de circonstances exceptionnelles, dans les conditions fixées par le règlement de la caisse. Sa part dans le total des cotisations ne peut excéder 2 %.

Sous-section 2 : Dispositions propres au régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des artisans

Article D635-7

Le taux de la cotisation annuelle d'assurance vieillesse complémentaire des artisans est fixé à :

1° 7,2 % pour la part du revenu professionnel n'excédant pas le plafond prévu au quatrième alinéa du présent article ;

2° 7,6 % pour la part du revenu professionnel excédant le seuil fixé au 1°, dans la limite de quatre fois la valeur du plafond de la sécurité sociale déterminée conformément à l'article D. 612-6.

Au titre de l'exercice 2008, le montant du plafond mentionné au 1° est fixé à 33 276 euros. Pour les années suivantes, ce montant est indexé sur la dernière valeur du revenu de référence mentionné à l'article D. 635-5, dans la limite de l'évolution, sur l'année précédant l'exercice, de l'indice des prix à la consommation hors tabac.

Pour les aides familiaux, la cotisation annuelle est assise sur un revenu égal au tiers de la valeur du plafond de la sécurité sociale déterminée conformément à l'article D. 612-6 ou sur un revenu égal à celui du chef d'entreprise, si celui-ci est inférieur.

Article D635-8

La revalorisation de la valeur de service du point de retraite du régime complémentaire d'assurance vieillesse des professions artisanales ne peut excéder le coefficient annuel de revalorisation des pensions fixé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.

Cette revalorisation peut être différenciée suivant la date d'acquisition des points et la date de prise d'effet de la pension. Elle peut également être différenciée pour les points attribués au titre des périodes d'activité artisanales ou assimilées antérieures au 1er janvier 1979.

Article D635-8-1

Au titre des exercices 2008 et suivants, la section des professions artisanales du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants, lorsqu'elle a été constituée dans les conditions prévues à l'article R. 611-14, ou, dans le cas contraire, le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants délibère tous les six ans sur les règles d'évolution des valeurs du revenu de référence et de service du point applicables pour les six années suivantes.

Ces règles sont déterminées de telle sorte que le délai prévisionnel d'épuisement des réserves du régime ne puisse être inférieur à la valeur entière de l'espérance de vie résiduelle de la génération qui atteint l'âge prévu à l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, au moment de l'élaboration desdites règles. Cette espérance de vie est déterminée sur la base des tables de mortalité homologuées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, établies par sexe et applicables au calcul des rentes viagères, en pondérant par les effectifs de chaque sexe.

A l'issue d'une période de trois ans à compter de l'élaboration desdites règles, la section des professions artisanales du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou, à défaut de constitution d'une section, le conseil d'administration se réunit afin d'effectuer un bilan d'étape, pouvant conduire à des ajustements des règles initialement retenues.

Article D635-9

Le règlement prévu à l'article L. 635-3 précise les conditions dans lesquelles des prestations peuvent être attribuées au titre des périodes d'activité artisanales ou assimilées antérieures au 1er janvier 1979.

Sous-section 3 : Dispositions propres au régime complémentaire obligatoire des industriels et commerçants

Article D635-10

Le taux de la cotisation annuelle d'assurance vieillesse complémentaire des industriels et commerçants est fixé à 6,5 %. Ce taux s'applique sur le revenu d'activité dans une limite égale à trois fois la valeur du plafond déterminée conformément à l'article D. 612-6.

Sous-section 4 : Dispositions propres aux conjoints d'artisans et commerçants.

Article D635-10-1

Les cotisations des conjoints collaborateurs des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales sont définies et recouvrées dans les conditions prévues aux sous-sections précédentes de la présente section, sous réserve des dispositions de la présente sous-section.

Article D635-10-2

La cotisation d'assurance vieillesse complémentaire du conjoint collaborateur est calculée sur le revenu retenu, dans les limites respectivement prévues à l'article D. 635-7 pour le conjoint d'artisan et à l'article D. 635-10 pour le conjoint d'industriel ou de commerçant, pour le calcul de sa cotisation d'assurance vieillesse de base. La cotisation d'assurance complémentaire ne fait toutefois pas l'objet de la régularisation à laquelle la cotisation d'assurance de base donne lieu le cas échéant.

Lorsque la cotisation d'assurance vieillesse de base est calculée conformément aux dispositions du 4° ou du 5° de l'article D. 633-19-2, le revenu sur lequel la cotisation d'assurance vieillesse complémentaire du conjoint collaborateur est calculée est déduit du revenu retenu pour déterminer l'assiette de celle du chef d'entreprise.

Par exception à la première phrase du premier alinéa, les cotisations des deux premières années civiles d'activité du conjoint collaborateur d'un artisan sont calculées dans les conditions ci-après lorsqu'il débute son activité au cours de l'une des deux premières années civiles d'activité de l'artisan et qu'il choisit l'une des options prévues aux 2° à 5° de l'article D. 633-19-2 :

a) Si l'activité débute au cours de la première année civile d'activité de l'artisan, la cotisation de la première année est calculée sur le revenu prévu au 1° de l'article D. 635-7 et celle de la deuxième année sur celui prévu au 2° de ce même article ;

b) Si l'activité débute au cours de la deuxième année civile d'activité de l'artisan, la cotisation de la première année est calculée sur le revenu prévu au 2° de l'article D. 635-7, celle de la deuxième année sur le revenu mentionné au premier alinéa.

Les revenus mentionnés aux quatrième et cinquième alinéas ci-dessus sont pris en compte à hauteur du pourcentage et selon les modalités correspondant à l'option effectuée en application des dispositions des 2° à 5° de l'article D. 633-19-2.

Section 2 : Régimes d'assurance invalidité-décès

Sous-section 1 : Dispositions communes

Article D635-11

La Caisse nationale du régime social des indépendants assure la gestion des régimes d'assurance invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales dont les règlements prévus à l'article L. 635-6 sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le ministre chargé du budget peut toutefois signifier par lettre au ministre chargé de la sécurité sociale son opposition à une telle approbation dans un délai d'un mois à compter de la délibération de la caisse.

Article D635-12

La cotisation annuelle au régime d'assurance invalidité-décès est assise sur les revenus définis par l'article L. 131-6. Sous réserve des dispositions des articles D. 635-15 à D. 635-17, elle est recouvrée dans les conditions prévues aux articles R. 133-26 et R. 133-27 et sous les garanties de la cotisation vieillesse de base, y compris les dispositions de l'article D. 633-9. La cotisation annuelle ne peut être calculée sur une assiette inférieure à 20 % de la valeur du plafond de la sécurité sociale déterminée conformément à l'article D. 612-6.

Article D635-13

L'assuré qui n'a pas souscrit la déclaration de revenus prévue à l'article R. 115-5 est redevable d'une cotisation provisoire calculée et notifiée conformément aux dispositions de l'article R. 242-14.

Article D635-14

Un prélèvement sur les cotisations du régime d'assurance invalidité-décès, dont le montant est décidé chaque année par le conseil d'administration de la caisse nationale, alimente le fonds d'action sociale. Ce fonds est notamment destiné à prendre en charge ou à faire l'avance des cotisations des adhérents qui seraient momentanément empêchés de les régler par suite de circonstances exceptionnelles, dans les conditions fixées par le règlement de la caisse. Sa part dans le total des cotisations ne peut excéder 2 %.

Sous-section 2 : Dispositions propres au régime invalidité-décès des artisans

Article D635-15

Le taux de la cotisation annuelle au régime d'assurance invalidité-décès des artisans est fixé à 1,8 %. Les assurés peuvent demander à être exonérés du versement de cette cotisation à compter de l'âge fixé en application du 1° de l'article L. 351-8.

Article D635-16

Pour les aides familiaux, la cotisation annuelle est assise sur un revenu égal au tiers du plafond mentionné à l'article L. 241-3 ou sur un revenu égal à celui du chef d'entreprise, si ce dernier est inférieur.

Sous-section 3 : Dispositions propres au régime invalidité-décès des industriels et commerçants

Article D635-17

Le taux de la cotisation annuelle au régime d'assurance invalidité-décès des industriels et

commerçants est fixé à 1,3 %. Ce taux comprend deux fractions, l'une de 1,2 % affectée à l'assurance invalidité, l'autre de 0,1 % affectée à l'assurance décès. Le versement de la fraction de cotisation affectée au financement de l'assurance invalidité n'est plus exigé de l'assuré à compter de l'âge visé au premier alinéa de l'article L. 351-1.

Sous-section 4 : Dispositions relatives aux conjoints d'artisans et commerçants.

Article D635-18

Les cotisations des conjoints collaborateurs des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales sont définies et recouvrées dans les conditions prévues aux sous-sections précédentes de la présente section, sous réserve des dispositions de la présente sous-section.

Article D635-19

La cotisation d'assurance invalidité-décès du conjoint collaborateur est calculée sur le revenu retenu pour le calcul de sa cotisation d'assurance vieillesse de base. Elle ne fait toutefois pas l'objet de la régularisation à laquelle cette dernière donne lieu le cas échéant. Son montant ne peut être inférieur à celui qui serait dû au titre d'un revenu égal à 800 fois le montant horaire du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année considérée.

Lorsque la cotisation d'assurance vieillesse de base du conjoint est calculée selon les modalités prévues au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2, le revenu sur lequel la cotisation d'assurance invalidité-décès du conjoint est calculée est déduit du revenu retenu pour déterminer l'assiette de celle du chef d'entreprise.

Par exception à la première phrase du premier alinéa, les cotisations des deux premières années civiles d'activité du conjoint collaborateur d'un artisan sont calculées dans les conditions ci-après lorsqu'il débute son activité au cours de l'une des deux premières années civiles d'activité de l'artisan et qu'il choisit l'une des options prévues aux 2° à 5° de l'article D. 633-19-2 :

a) Si l'activité débute au cours de la première année civile d'activité de l'artisan, la cotisation de la première année est calculée sur le revenu prévu au 1° de l'article D. 635-15 et celle de la deuxième année sur celui prévu au 2° de ce même article ;

b) Si l'activité débute au cours de la deuxième année civile d'activité de l'artisan, la cotisation de la première année est calculée sur le revenu prévu au 2° de l'article D. 635-15, celle de la deuxième année sur le revenu mentionné au premier alinéa.

Les revenus mentionnés aux quatrième et cinquième alinéas ci-dessus sont pris en compte à hauteur du pourcentage et selon les modalités correspondant à l'option effectuée en application des dispositions des 2° à 5° de l'article D. 633-19-2.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 1 : Organisation administrative

Section 1 : Caisse nationale

Article D641-1

Un commissaire du Gouvernement, représentant le ministre chargé de la sécurité sociale, assiste aux séances du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales où il est entendu chaque fois qu'il le demande.

Article D641-2

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 641-4, le conseil d'administration, lors de sa première réunion de chaque année civile, fixe le nombre de voix dont dispose chaque administrateur en fonction du nombre de personnes immatriculées dans chaque section professionnelle, au 30 juin de l'année précédente, à titre de cotisant, d'assujetti dispensé de cotisation ou d'allocataire titulaire de droits propres, à raison d'une voix pour 5 000 personnes ou moins, d'une voix supplémentaire pour 10 000 personnes ou fraction de ce nombre au-delà de 5 000 jusqu'à 45 000 et d'une voix supplémentaire par 20 000 personnes ou fraction de ce nombre au-delà de 45 000.

Le conseil délibère valablement en présence de la majorité des membres qui le composent représentant la majorité des voix.

Article D641-3

Les délibérations ayant pour objet la modification des statuts sont adoptées à la majorité des membres du conseil représentant au moins les deux tiers des voix. Les autres décisions sont prises à la majorité des voix.

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

Article D641-4

Dans le mois qui suit son élection, chaque président de section professionnelle désigne son suppléant au conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

Article D641-5

Les statuts de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 2 : Sections professionnelles

Article D641-6

L'arrêté prévu à l'article L. 641-5 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, après avis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

Section 3 : Dispositions communes

Article D641-7

Sont déclarés démissionnaires d'office par le conseil d'administration de la caisse nationale ou des sections professionnelles les membres desdits conseils qui, sans motif valable, n'ont pas assisté à trois séances consécutives.

Chapitre 2 : Organisation financière

Section 1 : Cotisations

Sous-section 1 : Cotisations des professionnels libéraux.

Article D642-1

Les cotisations mentionnées à l'article L. 642-1 sont dues, sous réserve des dispositions de l'article L. 131-6-1, à compter du premier jour du trimestre civil qui suit le début d'activité et jusqu'au dernier jour du trimestre civil au cours duquel la radiation intervient.

Les cotisations sont exigibles annuellement et d'avance.

Les frais de versement des cotisations sont à la charge de la partie payante.

Article D642-2

Le non-paiement des cotisations au régime de retraite des professions libérales institué par le 3° de l'article L. 621-3, aux échéances fixées par les statuts de la caisse ou de la section professionnelle dont relève l'assujetti, entraîne application de majorations de retard. Le taux de ces majorations est fixé par les statuts de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales sans qu'il puisse toutefois dépasser le taux prévu à l'article R. 243-18.

Article D642-3

Le taux de cotisation prévu au cinquième alinéa de l'article L. 642-1 est égal :

1° Sur les revenus définis à l'article L. 642-2 pour la part de ces revenus n'excédant pas 85 % du plafond annuel prévu au premier alinéa de l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle la cotisation est due :

- a) A 8,63 % pour l'année 2012 ;
- b) A 8,80 % pour l'année 2013 ;
- c) A 8,90 % pour l'année 2014 ;
- d) A 9,00 % pour l'année 2015 ;
- e) A 9,10 % à compter de l'année 2016 ;

2° A 1,6 % des revenus définis à l'article L. 642-2 pour la part de ces revenus excédant le seuil fixé au 1°, dans la limite de cinq fois le plafond annuel prévu à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle la cotisation est due.

En cas de période d'affiliation inférieure à une année, les plafonds prévus aux 1° et 2° ci-dessus sont réduits au prorata des trimestres d'affiliation.

Pour le calcul de ces cotisations, les assurés sont tenus de déclarer avant le 31 décembre de chaque année à la section professionnelle dont ils relèvent les revenus professionnels non salariés de l'année civile précédente, tels qu'ils sont définis à l'article L. 642-2.

Cette déclaration doit être effectuée au moyen d'un imprimé dont le modèle est soumis à l'avis favorable de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et que les sections doivent adresser le 1er octobre au plus tard à tous leurs assurés.

Dans le cas où le revenu de l'année précédente n'a pas été fixé par l'administration fiscale avant le 31 décembre, l'assiette servant au calcul des cotisations est établie à partir des revenus déclarés par l'assuré à cette administration. Après fixation du revenu, la déclaration rectificative doit être faite par l'assuré dans les trente jours suivant la réception de la notification de l'administration fiscale.

A défaut de déclaration par l'assuré de ses revenus professionnels dans les délais prévus aux alinéas 5 et 7, la section procède d'office à l'appel de cotisations assises sur un revenu égal au maximum de chacune des tranches prévues aux 1° et 2° du présent article.

En cas de rectification par les services fiscaux des revenus ayant servi d'assiette au calcul des cotisations, la section professionnelle procède d'elle-même ou à la demande de l'assuré présentée dans un délai de trois ans à compter de la date de notification de cette rectification, à la révision du montant des cotisations proportionnelles versées préalablement à cette rectification.

Pour les cotisants admis à cotiser à titre volontaire en application du 2° de l'article L. 742-6, les cotisations sont assises sur les revenus professionnels non salariés de la dernière année d'activité, tels qu'ils sont définis à l'article L. 642-2, actualisés en appliquant le taux d'évolution du plafond visé à l'article L. 241-3 entre le 1er janvier de l'année correspondant à sa dernière année d'activité et le 1er janvier de l'année en cours.

Article D642-4

En application du premier alinéa de l'article L. 642-2, le montant de la cotisation annuelle ne peut être calculée sur une assiette inférieure à 5,25 % de la valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale, tel que prévu à l'article L. 241-3, en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle la cotisation annuelle est due. En cas de période d'affiliation inférieure à une année, cette valeur n'est pas réduite au prorata de la durée d'affiliation. Le présent alinéa s'applique aux assurés dont la durée d'affiliation est au moins égale à quatre-vingt-dix jours au cours de cette même année.

La cotisation minimale n'est applicable ni aux personnes dont l'activité libérale n'est pas l'activité professionnelle principale, ni aux personnes bénéficiaires d'un avantage de retraite ou d'une pension d'invalidité.

Article D642-4-1

Par dérogation à l'article D. 131-1, sur demande écrite présentée dans les soixante jours suivant l'appel de cotisation, l'assujetti débutant une activité professionnelle qui estime que son revenu sera inférieur au revenu forfaitaire mentionné à l'article D. 131-1 peut cotiser, à titre provisionnel, sur une base forfaitaire égale à deux cents fois le montant horaire du salaire minimum de croissance en vigueur le 1er janvier de l'année considérée.

Ne sont assimilées à un début d'activité ni la modification des conditions d'exercice de l'activité professionnelle, ni la reprise d'activité intervenue soit dans l'année au cours de laquelle est survenue la cessation d'activité, soit dans l'année suivante.

Une majoration de retard de 10 % est appliquée à la différence entre les acomptes provisionnels effectivement versés en application du premier alinéa et les acomptes qui auraient été acquittés sur le revenu forfaitaire mentionné à l'article D. 131-1 lorsque le revenu définitif au titre de la même période est supérieur ou égal à ce revenu forfaitaire.

Sous-section 2 : Cotisations des conjoints collaborateurs des professionnels libéraux.

Article D642-5-1

Les cotisations des conjoints collaborateurs des professionnels libéraux sont définies et recouvrées dans les conditions prévues au présent chapitre sous réserve des dispositions de la présente sous-section.

Article D642-5-2

Le conjoint collaborateur peut demander que sa cotisation soit calculée :

1° Soit sur un revenu forfaitaire égal à la moitié de la limite supérieure de la première tranche de revenu mentionnée à l'article L. 642-1 ;

2° Soit sur 25 % ou sur 50 % du revenu professionnel pris en compte pour déterminer l'assiette de la cotisation du professionnel libéral mentionné au 1° de l'article L. 642-2-1 ;

3° Soit sur une fraction fixée à un quart ou à la moitié du revenu professionnel pris en compte pour déterminer l'assiette de la cotisation du professionnel libéral mentionné au 2° de l'article L. 642-2-1. Dans ce cas, les limites des deux tranches de revenu mentionnées à l'article L. 642-1 sont réduites dans cette proportion pour le conjoint et le professionnel libéral.

Le montant de cette cotisation ne peut être inférieur à celui prévu à l'article D. 642-4.

Article D642-5-3

Le choix de l'assiette retenue pour le calcul des cotisations défini à l'article D. 642-5-2 est effectué par le conjoint collaborateur par écrit au plus tard soixante jours suivant l'envoi de l'avis de l'affiliation et avant tout versement des cotisations. Cette demande est contresignée du professionnel libéral si ce choix est celui prévu au 3° de l'article D. 642-5-2. Si aucun choix n'est effectué, les cotisations sont calculées sur le revenu forfaitaire mentionné au 1° de l'article D. 642-5-2.

Le choix de l'assiette retenue pour le calcul des cotisations en vertu de l'alinéa ci-dessus s'applique pour les cotisations dues au titre de l'année du début d'activité et des deux années civiles suivantes. Sauf demande contraire du conjoint collaborateur effectuée par écrit au plus tard avant le 1er décembre de la dernière de ces années ou, s'il s'agit du revenu prévu au 3° de l'article D. 642-5-2, du conjoint collaborateur et de l'assuré, il est reconduit pour une durée de trois ans renouvelable dans les mêmes conditions.

Article D642-5-4

Par dérogation aux dispositions de l'article D. 642-1, les cotisations afférentes à la première année civile d'activité du conjoint collaborateur qui choisit le revenu mentionné au 3° de l'article D. 642-5-2 sont dues à compter du 1er janvier de cette année ou à compter de la date d'effet de l'affiliation du professionnel libéral si celle-ci est postérieure au 1er janvier.

Article D642-5-5

Par dérogation aux dispositions de l'article D. 642-1, les cotisations afférentes à la dernière année civile d'activité du conjoint collaborateur qui choisit le revenu mentionné au 3° de l'article D. 642-5-2 cessent d'être dues à compter du 31 décembre de cette année ou à compter de la date d'effet de la radiation du professionnel libéral si celle-ci est antérieure au 31 décembre.

Article D642-5-6

Lorsque la cotisation du professionnel libéral est calculée à titre provisionnel sur le revenu

forfaitaire mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2, celle due par le conjoint collaborateur qui a choisi le calcul mentionné au 2° ou au 3° de l'article D. 642-5-2 est calculée selon les modalités définies aux 2° et 3° de l'article D. 642-5-2 sur la base du même revenu.

Article D642-5-7

Les dispositions du huitième alinéa de l'article D. 642-3 ne sont pas applicables au conjoint collaborateur qui a choisi de cotiser sur le revenu forfaitaire mentionné au 1° de l'article D. 642-5-2.

Lorsque la cotisation provisionnelle du professionnel libéral est calculée en application des dispositions du huitième alinéa de l'article D. 642-3, celle due par le conjoint collaborateur est calculée selon les modalités définies au 2° ou au 3° de l'article D. 642-5-2.

Article D642-5-8

Lorsque le professionnel libéral est exonéré du paiement de ses cotisations en application de l'article L. 642-3, le conjoint collaborateur reste redevable de sa cotisation.

Section 2 : Recouvrement

Article D642-6

Ne font pas l'objet de la régularisation prévue au troisième alinéa de l'article L. 642-2 les cotisations des assurés qui, l'année au cours de laquelle la régularisation aurait dû être opérée par une section professionnelle, soit n'exercent aucune activité relevant de ladite section, soit ont fait liquider leurs droits à pension de retraite de base.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne sont pas applicables aux cotisations des assurés assises sur un revenu estimé dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 642-2.

Chapitre 3 : Affiliation - Prestations de base

Section 2 : Ouverture des droits et liquidation des prestations de base.

Article D643-1

Le versement de la cotisation annuelle correspondant au plafond de revenu fixé au 1° de l'article D. 642-3 ouvre droit à l'attribution de 450 points de retraite.

Le versement de la cotisation annuelle correspondant au plafond de la tranche des revenus définie au 2° de l'article D. 642-3 ouvre droit à l'attribution de 100 points de retraite.

Le nombre de points acquis est calculé au prorata des cotisations acquittées sur chacune des tranches de revenus définies à l'article D. 642-3, arrondi à la décimale la plus proche.

Le nombre de points attribué en application du dernier alinéa de l'article L. 642-1 est de 400.

Le nombre de points supplémentaires attribué en application du troisième alinéa de l'article L. 643-1 est égal à 100 sans que cette attribution puisse avoir pour effet de porter le nombre de points acquis dans le présent régime pour l'année considérée au-delà de 550.

L'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, prévue au quatrième alinéa de l'article L. 643-1, est appréciée suivant le guide-barème annexé au décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993 relatif au guide-barème applicable pour l'attribution de diverses prestations aux personnes handicapées et modifiant le code de la famille et de l'aide sociale, le code de la sécurité sociale et le décret n° 77-1549 du 31 décembre 1977.

Le nombre de points supplémentaires attribués à ce titre est égal à 200 par année civile au titre de laquelle l'obligation prévue à l'alinéa ci-dessus est remplie.

La valeur de service du point est égale à 0,493 euros pour les prestations servies au titre de l'année 2005.

Le versement de cotisations effectué en application de l'article L. 643-2-1 n'ouvre pas droit à l'attribution de points de retraite supplémentaires.

Article D643-2

Sont comptées comme périodes d'assurance dans le régime :

1° Les périodes ayant donné lieu au versement effectif des cotisations ;

2° Les périodes ayant donné lieu aux exonérations de cotisations prononcées en application de l'article L. 642-3 ;

3° Les périodes de mobilisation et de captivité mentionnées à l'article L. 161-19, et les périodes de service national légal ;

4° Les périodes ayant donné lieu au versement prévu à l'article L. 643-2-1 ;

5° Les périodes attribuées par le présent régime au titre de la majoration de durée d'assurance pour enfant mentionnée à l'article L. 643-1-1.

Article D643-3

Pour la détermination des périodes d'assurance, il y a lieu de retenir autant de trimestres que les revenus professionnels ayant servi d'assiette au calcul des cotisations représentent de fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année considérée calculé sur la

base de 200 heures, avec un maximum de quatre trimestres par année civile d'affiliation.

L'application des dispositions des 2° et 3° de l'article D. 643-2 ne peut avoir pour effet de porter à un chiffre supérieur à quatre le nombre de trimestres d'assurance valable au titre d'une même année civile d'affiliation.

Article D643-4

Pour l'exercice de la faculté de versement de cotisations prévue à l'article L. 643-2, sont applicables les dispositions des articles D. 351-3 à D. 351-6 et D. 351-10 à D. 351-14 sous réserve des dispositions suivantes :

1° La référence au régime d'assurance vieillesse des professions libérales est substituée à la référence au régime général de sécurité sociale ;

2° La référence à l'article L. 643-2 est substituée à la référence à l'article L. 351-14-1 ;

3° La référence au 1° de l'article L. 643-2 est substituée à la référence au 1° de l'article L. 351-14-1 ;

4° Abrogé ;

5° A l'avant-dernier alinéa de l'article D. 351-4, la référence à l'immatriculation de l'intéressé à la section professionnelle mentionnée à l'article R. 641-1 est substituée à la référence au report d'un salaire au compte de l'assuré ;

6° Au dernier alinéa de l'article D. 351-4, la référence à la section professionnelle mentionnée à l'article R. 641-1 dont relève l'intéressé à la date de la demande ou dont il a relevé en dernier lieu est substituée à la référence à la caisse mentionnée à cet alinéa ;

7° La référence à l'article D. 643-5 est substituée à la référence à l'article D. 351-7 ;

8° La référence à l'article D. 643-6 est substituée à la référence à l'article D. 351-8 ;

9° La référence à l'article D. 643-7 est substituée à la référence à l'article D. 351-9.

Article D643-5

Le versement prévu à l'article L. 643-2 peut être pris en compte :

1° Soit au titre de l'atténuation du coefficient de minoration prévu à l'article R. 643-7, sans que le

versement donne lieu à l'attribution de points de retraite ;

2° Soit au titre de l'atténuation du coefficient de minoration prévu à l'article R. 643-7 et avec attribution d'un nombre de points de retraite égal, pour chaque trimestre au titre duquel le versement est pris en compte, au quart du nombre de points déterminé selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article D. 643-1 et correspondant aux cotisations calculées sur un revenu égal au revenu pris en compte pour le calcul de la pension de référence en application des dispositions du 3° de l'article D. 643-6.

Le choix de l'assuré est exprimé dans la demande et est irrévocable.

Article D643-6

En vue d'assurer la neutralité actuarielle du versement prévue à l'article L. 643-2, le montant du versement à effectuer au titre de chaque trimestre est égal, pour un âge donné, à la valeur, actualisée à l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande et majorée d'un coefficient forfaitaire représentatif des avantages de réversion, de la différence entre :

1° S'il est effectué au titre du 1° de l'article D. 643-5, d'une part, la somme actualisée d'une pension de référence liquidée trimestriellement, à terme échu, à l'âge de référence fixé à l'article D. 643-7 et calculée sur la base du produit de la valeur de service du point fixée au dernier alinéa de l'article D. 643-1, en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande, par le quart du nombre annuel moyen de points déterminé selon les modalités prévues à ce même article, revalorisé par l'application du coefficient mentionné au 3° de l'article D. 643-7 et correspondant à quarante et une fois et demie le montant d'une cotisation sur un revenu annuel moyen correspondant au revenu mentionné au a, au b ou au c du 3° du présent article et, d'autre part, la somme actualisée de cette même pension minorée de 1, 25 % ;

2° S'il est effectué au titre du 2° de l'article D. 643-5, d'une part, la somme actualisée d'une pension de référence liquidée trimestriellement, à terme échu, à l'âge de référence visé à l'article D. 643-7 et calculée sur la base du produit de la valeur de service du point fixée au dernier alinéa de l'article D. 643-1, en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande, par le quart du nombre annuel moyen de points déterminé selon les modalités prévues à ce même article, revalorisé par l'application du coefficient mentionné au 3° de l'article D. 643-7 et correspondant à quarante et une fois trois quart le montant d'une cotisation sur un revenu annuel moyen correspondant au revenu mentionné au a, au b ou au c du 3° du présent article et, d'autre part, la somme actualisée de cette même pension correspondant à quarante et une fois et demie le montant de la même cotisation et minorée de 1, 25 % ;

3° Pour l'application des 1° et 2° du présent article, la pension de référence est déterminée en fonction de la moyenne annuelle du total des revenus d'activité non salariée et des salaires perçus par l'assuré au cours des trois dernières années. Le revenu d'activité non salariée et le salaire pris en compte sont égaux :

a) Lorsque la moyenne annuelle desdits revenus et salaires n'excède pas la limite de 75 % fixée au a du 3° du I de l'article D. 351-8, à un revenu cotisé égal à 75 % du montant annuel du plafond annuel prévu à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande ;

b) Lorsque la moyenne annuelle desdits revenus et salaires est supérieure à la limite de 75 % et inférieure à la limite égale au plafond fixée au b du 3° du I de l'article D. 351-8, pour chaque

tranche de revenus et salaires fixée par le barème prévu au 4° du présent article, à un revenu cotisé égal à la moyenne annuelle des revenus et salaires inférieurs de chaque tranche ;

c) Lorsque la moyenne annuelle desdits revenus et salaires est égale ou supérieure à la limite fixée au c du 3° du I de l'article D. 351-8, à un revenu cotisé égal au montant annuel du plafond prévu à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande.

Pour l'application du présent 3°, les modalités prévues au I de l'article D. 351-8 sont applicables ;

4° Les règles d'actualisation prévues au II de l'article D. 351-8 sont applicables à l'actualisation prévue au présent article, sous réserve :

a) De la prise en compte, pour les assurés âgés de plus de soixante-deux ans, d'un taux diminué de 0,05 point par année d'âge à partir du taux fixé au c dudit II ;

b) De la division du barème prévu au dernier alinéa dudit II en sept tranches de revenus et salaires ainsi déterminées :

-revenus et salaires inférieurs ou égaux à la limite de 75 % fixée au a du 3° du I de l'article D. 351-8 ;

-revenus et salaires supérieurs à la limite précitée de 75 % et inférieurs à une limite égale à 80 % du plafond visé audit 3° ;

-revenus et salaires égaux ou supérieurs à la limite précitée de 80 % et inférieurs à une limite égale à 85 % du plafond précité ;

-revenus et salaires égaux ou supérieurs à la limite précitée de 85 % et inférieurs à une limite égale à 90 % du plafond précité ;

-revenus et salaires égaux ou supérieurs à la limite précitée de 90 % et inférieurs à une limite égale à 95 % du plafond précité ;

-revenus et salaires égaux ou supérieurs à la limite précitée de 95 % et inférieurs à une limite égale au plafond précité ;

-revenus et salaires égaux ou supérieurs au plafond précité.

Article D643-7

Pour l'application de l'article D. 643-6, la valeur d'un trimestre est déterminée sur la base des paramètres et en application des formules suivantes :

1° Le coefficient forfaitaire mentionné au premier alinéa de l'article D. 643-6 est égal au coefficient fixé en application du 2° de l'article D. 351-9 ;

2° Les coefficients viagers pris en compte dans la formule ci-après sont ceux déterminés en application du 3° de l'article D. 351-9 ;

3° La valeur d'un trimestre est déterminée, selon l'option prévue à l'article D. 643-5, par l'application de la formule suivante :

a) Au titre du 1° de l'article D. 643-5 :

$NP \times V \times C \times (D-1) \times E \times (1 + 10 \%) ;$

b) Au titre du 2° de l'article D. 643-5 :

$NP \times V \times [1 + C \times (D-1)] \times E \times (1 + 10 \%) ,$

où :

NP est le nombre trimestriel moyen de points de retraite égal au quart du nombre de points de retraite, revalorisé pour les années postérieures à 2004 par l'application du taux de majoration fixé au 1° de l'article D. 351-9 et correspondant à un revenu annuel déterminé selon les modalités fixées en application du a, du b ou du c du 3° de l'article D. 643-6 ;

V est la valeur de service du point de retraite, en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande, fixée par le V de l'article D. 643-1 ;

C est le coefficient de minoration fixé à l'article R. 643-7 ;

D est la durée maximale d'assurance fixée au 4° de l'article D. 351-9 ;

E est le terme actuariel défini comme correspondant à la rente viagère trimestrielle à terme échu égale à une unité pour un intéressé d'âge B et un différé égal à A-B, déterminé selon la formule suivante :

(formule non reproduite)

où :

i est le taux d'actualisation fixé en application de l'article D. 351-8 et du a du 4° de l'article D. 643-6 ;

k est un coefficient dont la valeur varie en fonction de l'âge de l'assuré à la date à laquelle il présente sa demande :

de 0 à 51 pour les assurés âgés de 66 ans ;

de 0 à 52 pour les assurés âgés de 65 ans ;

de 0 à 53 pour les assurés âgés de 64 ans ;

de 0 à 54 pour les assurés âgés de 63 ans ;

de 0 à 55 pour les assurés âgés de 62 ans ou moins ;

A est l'âge de référence fixé, en fonction de l'âge de l'assuré à la date à laquelle il présente sa demande, à :

66 ans pour les assurés âgés de 66 ans ;

65 ans pour les assurés âgés de 65 ans ;

64 ans pour les assurés âgés de 64 ans ;

63 ans pour les assurés âgés de 63 ans ;

62 ans pour les assurés âgés de 62 ans ou moins ;

B est l'âge atteint par l'assuré à la date à laquelle il présente sa demande ;

L (A + k) est l'effectif à l'âge (A + k) de la génération à laquelle appartient l'assuré, indiqué par les tables mentionnées au 3° de l'article D. 351-9 ;

L (A) est l'effectif à l'âge A de la génération à laquelle appartient l'assuré, indiqué par les tables mentionnées au 3° de l'article D. 351-9 ;

L (B) est l'effectif à l'âge B de la génération à laquelle appartient l'assuré, indiqué par les tables mentionnées au 3° de l'article D. 351-9.

Article D643-8

La pension prévue au premier alinéa de l'article L. 643-1 peut être liquidée avant l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 pour les assurés qui justifient, dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, de périodes d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes d'une durée minimale au moins égale à celle fixée au premier alinéa de l'article D. 351-1-1, à l'âge et dans les conditions fixées audit article et selon les modalités fixées aux articles D. 351-1-2 et D. 351-1-3.

Article D643-9

Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 643-1, les périodes d'exercice de l'activité libérale au sens des articles L. 622-5 et L. 622-7 antérieures au 1er janvier 1949 ou à la date à laquelle l'activité professionnelle exercée a été rattachée à l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales sont comptées comme périodes d'exercice.

Lorsque les périodes d'assurance définies à l'article D. 643-2 sont inférieures à quinze années et que le total de ces périodes et des périodes d'exercice définies à l'alinéa précédent atteint au moins quinze années, la pension de retraite qui est versée est portée au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés prévue à l'article L. 811-1.

Article D643-9-1

La faculté de versement de cotisations prévue à l'article L. 643-2-1 est ouverte, dans la limite de huit trimestres, aux personnes n'ayant pas atteint l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 à la date à laquelle elles présentent la demande de versement et dont la pension de retraite dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales n'a pas été liquidée à cette date.

Article D643-9-2

Pour exercer la faculté de versement de cotisations prévue à l'article L. 643-2-1, l'intéressé doit présenter une demande auprès de la section professionnelle mentionnée à l'article R. 641-1 dont il relevait pendant les périodes visées au I de l'article L. 643-2-1. Cette demande comporte les pièces justificatives permettant de l'identifier et de déterminer les périodes au titre desquelles elle est présentée.

Article D643-9-3

La demande de versement prévue à l'article D. 643-9-1 est prise en compte pour un nombre entier de trimestres dans la limite du nombre de trimestres civils entiers d'activité accomplis l'année de l'affiliation et l'année suivant celle-ci.

Toutefois, lorsque l'activité professionnelle a été supérieure à 90 jours sans pour autant représenter un trimestre civil, elle est retenue pour un trimestre.

Article D643-9-4

La prise en compte du versement effectué en application des dispositions de l'article L. 643-2-1 ne peut avoir pour effet de porter à plus de quatre le nombre de trimestres d'assurance au titre d'une même année civile pris en compte pour le calcul de la durée d'assurance fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1.

Article D643-9-5

Pour l'application de l'article L. 643-2-1, la valeur d'un trimestre est égale au quart de la cotisation qui serait due au titre de l'année du rachat, en appliquant au meilleur revenu annuel ayant servi de base au calcul des cotisations au titre de l'année en cours et des deux années ayant précédé le rachat les taux de cotisation fixés au 1° et au 2° de l'article D. 642-3.

La valeur d'un trimestre ne peut toutefois être inférieure au quart du produit de l'assiette de cotisation et du taux de cotisation fixés au 1° de l'article D. 642-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle la demande de versement prévu à l'article L. 643-2-1 est formulée.

Pour les assurés qui ne sont pas affiliés au régime de base des professions libérales l'année au titre de laquelle ils effectuent leur versement, ni aucune des deux années précédant le rachat, le coût du trimestre est égal à celui fixé en application des dispositions de l'alinéa précédent.

Article D643-9-6

Le montant du versement est égal au produit du nombre de trimestres déterminés selon les modalités prévues à l'article D. 643-9-3, dans la limite de huit trimestres prévue à l'article D. 643-9-1, par la valeur du trimestre, déterminée selon les modalités prévues à l'article D. 643-9-5.

Article D643-9-7

La section professionnelle mentionnée à l'article D. 643-9-1 indique à l'assuré s'il est admis ou non à effectuer un versement. A défaut d'indication dans le délai de deux mois suivant la réception de la demande, lorsqu'elle est recevable, la demande est réputée rejetée.

En cas d'admission, la section professionnelle mentionnée à l'alinéa précédent indique à l'assuré :

le nombre de trimestres dont il justifie au cours de chacune des années civiles où se situent les périodes dont il demande la prise en compte ;

le nombre de trimestres susceptibles de faire l'objet d'un versement au titre de ces périodes, compte tenu des limites fixées en application des articles D. 643-9-1, D. 643-9-3 et D. 643-9-4 ;

le montant du versement correspondant à un trimestre ;

le montant total du versement correspondant à ce nombre de trimestres.

Article D643-9-8

Le versement est effectué en une seule fois, au plus tard le dernier jour du deuxième mois suivant l'envoi par la section professionnelle de la décision de son admission au bénéfice du versement. A défaut de versement intégral dans ce délai, l'assuré est réputé avoir renoncé à son versement.

Il ne peut être présenté de nouvelle demande avant l'expiration d'un délai de douze mois suivant la date de la notification de l'interruption du versement.

Article D643-10

Le seuil de revenus nets issus de l'activité libérale, prévu au deuxième alinéa de l'article L. 643-6, est égal, annuellement, au plafond prévu à l'article L. 241-3, rapporté à la durée d'affiliation au titre de l'activité libérale exercée postérieurement à l'entrée en jouissance de la pension lorsque cette durée est inférieure à un an. Lorsque l'assuré poursuit son activité dans les conditions prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article D. 643-10-1, les revenus pris en compte sont également rapportés à la durée d'affiliation au titre de l'activité libérale, lorsque celle-ci est inférieure à un an.

Les revenus tirés de la participation à la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique ne sont pas pris en compte pour l'application de l'alinéa précédent. Ne sont pas non plus pris en compte les revenus tirés des activités à caractère artistique, littéraire ou scientifique, exercées accessoirement avant la liquidation de la pension de retraite, ainsi que les revenus tirés de la participation à des activités juridictionnelles ou assimilées, de consultations données occasionnellement, de la participation à des jurys de concours publics ou à des instances consultatives ou délibératives réunies en vertu d'un texte législatif ou réglementaire.

Pour la détermination de la durée d'affiliation mentionnée au premier alinéa, il n'est pas tenu compte des trimestres civils suivant celui au cours duquel l'assuré remplit les conditions prévues aux quatrième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 643-6.

Le versement de ces cotisations ne peut entraîner la révision de la pension de retraite lorsque celle-ci a déjà été liquidée.

Article D643-10-1

La pension peut être servie sans cessation préalable de l'activité :

-lorsque l'assuré déclare vouloir exercer, postérieurement à l'entrée en jouissance de sa pension, une activité relevant du présent régime et procurant des revenus inférieurs au seuil prévu au premier alinéa de l'article D. 643-10 ;

-ou lorsqu'il remplit les conditions prévues aux quatrième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 643-6, sous réserve d'adresser à la section professionnelle compétente, dans le mois suivant la date d'entrée en jouissance de la pension, une déclaration qui précise la nature de l'activité reprise ainsi qu'une attestation sur l'honneur énumérant les différents régimes mentionnés au quatrième alinéa du même article dont il a relevé et certifiant qu'il est entré en jouissance de toutes ses pensions de vieillesse personnelles.

En cas de reprise d'activité, le service de la pension est maintenu dès lors que l'assuré remplit les

conditions prévues aux deuxième et troisième alinéas du présent article. L'assuré produit les documents prévus au troisième alinéa dans le mois suivant la reprise d'activité.

Le défaut de production, dans le délai prescrit, des documents prévus au troisième alinéa entraîne une pénalité d'un montant égal à celui fixé en application de l'article L. 133-3 pour l'abandon de la mise en recouvrement des créances à l'égard des cotisants. Si le retard excède un mois, une pénalité identique est automatiquement appliquée pour chaque mois ou fraction de mois de retard. Ces pénalités sont recouvrées dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties et sanctions que les majorations de retard afférentes aux cotisations dues au titre du deuxième chapitre du présent titre.

Article D643-10-2

La section professionnelle compétente signale à l'assuré le dépassement du seuil prévu au premier alinéa de l'article D. 643-10. L'assuré dispose d'un délai d'un mois pour faire valoir ses observations. La suspension de la pension est notifiée par la caisse à l'expiration de ce délai. Elle prend effet au premier jour du mois suivant l'envoi à l'assuré de la notification, pour un nombre de mois égal au rapport entre le montant du dépassement constaté et le montant mensuel net de la pension, arrondi à l'entier inférieur, sans que ce nombre puisse être supérieur au nombre de mois durant lesquels, au cours de l'année pour laquelle le dépassement est constaté, l'assuré a été affilié au titre de l'activité libérale poursuivie ou reprise dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 643-6.

Article D643-11

Le versement des cotisations annuelles des conjoints collaborateurs définies à l'article D. 642-5-2 ouvre droit à l'acquisition d'un nombre de points calculés dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article D. 643-1 et à la détermination des périodes d'assurance dans les conditions définies à l'article D. 643-3. Les prestations du conjoint collaborateur peuvent être liquidées sur sa demande dans les conditions prévues au I de l'article L. 643-3.

Article D643-12

Les conditions d'âge, d'incapacité, de durée d'assurance et les pièces justificatives requises pour l'application du III de l'article L. 643-3 sont celles fixées aux articles D. 351-1-5 et D. 351-1-6.

Article D643-13

La pension de retraite des assurés handicapés mentionnée au III de l'article L. 643-3 est majorée dans les conditions prévues aux premier et deuxième alinéas du II de l'article D. 351-1-5. La majoration s'ajoute, le cas échéant, au montant mentionné au deuxième alinéa de l'article D. 643-9.

Chapitre 4 : Régimes complémentaires vieillesse - Régimes invalidité-décès.

Article D644-1

Les dispositions de l'article L. 355-3 sont applicables au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions libérales ainsi qu'aux régimes d'assurance vieillesse complémentaires et d'assurance invalidité institués conformément aux articles L. 644-1 et L. 644-2.

Article D644-2

Pour la mise en oeuvre du deuxième alinéa de l'article L. 644-3, les délibérations des sections professionnelles approuvant des modifications statutaires portant notamment sur l'assiette et le taux ou, le cas échéant, le montant des cotisations doivent être prises à l'unanimité. Ces modifications statutaires sont transmises à la Caisse nationale des professions libérales, en application de l'article D. 641-6, accompagnées des avis des organisations syndicales et professionnelles les plus représentatives des professions intéressées.

L'avis des organisations syndicales et professionnelles doit porter mention du fait que ces organisations ont pris connaissance de l'assiette et du taux de cotisations proposées et faire état de leurs observations éventuelles.

Les sections professionnelles peuvent procéder à la consultation par référendum prévue à l'article L. 644-1.

Chapitre 5 : Avantages complémentaires ouverts aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Section 1 : Dispositions générales.

Article D645-1

L'arrêté prévu au dernier alinéa de l'article L. 645-3 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D645-2

Le montant de la cotisation annuelle des bénéficiaires des régimes de prestations complémentaires de vieillesse institués par la présente section est fixé ainsi qu'il suit :

1°) pour les médecins par le décret n° 2011-1644 du 25 novembre 2011 relatif au régime des prestations complémentaires de vieillesse des médecins libéraux prévu à l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale ;

La cotisation due par les assurés reprenant ou poursuivant une activité relevant de l'article L. 643-6 est fixée, en application de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 645-2, à compter de l'exercice 2011, à 3 %. L'application du présent alinéa ne peut conduire à appeler une cotisation supérieure à celle qui résulterait des dispositions de l'alinéa qui précède.

2°) Paragraphe abrogé.

Article D645-5

Les avantages prévus par les règlements mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 645-1 ne peuvent être garantis que dans la limite des ressources qui y sont affectées en exécution de la présente section.

Article D645-6

Les opérations des sections professionnelles relatives aux avantages sociaux complémentaires de vieillesse doivent faire l'objet de comptes particuliers. Ces comptes prendront la suite des opérations faites au titre du décret n° 62-793 du 13 juillet 1962 modifié.

Chapitre 6 : Dispositions d'application.

Article D646-1

Les décrets prévus par le présent titre sont pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 5 : Dispositions communes à l'assurance maladie-maternité et à l'assurance vieillesse

Chapitre 1er : Contributions d'équilibre

Section 1 : Contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.

Article D651-1

Le taux de la contribution sociale de solidarité instituée par l'article L. 651-1 est fixé à 0,13 p. 100 du chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5.

Article D651-2

Pour les entreprises de commerce international et intracommunautaire mentionnées à l'article L. 651-3 dont la marge est au plus égale à 4 % du chiffre d'affaires hors taxes, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 241-13 est plafonné à 3,08 % de cette marge brute.

Pour l'application du premier alinéa, les entreprises de commerce international et intracommunautaire s'entendent de toutes celles qui réalisent plus de la moitié de leurs achats ou de leurs ventes hors taxes hors de France.

La marge brute mentionnée au premier alinéa s'obtient à partir des indications qui doivent figurer, pour chaque exercice, dans le compte de résultat prévu à l'article 8 du code de commerce, en faisant le total des postes ci-dessous :

1° Salaires, traitements et charges sociales ;

2° Impôts, taxes et versements assimilés, à l'exclusion des droits et taxes qui ne sont pas retenus dans l'assiette de la contribution sociale de solidarité en application de l'article L. 651-5 ;

3° Dotations d'exploitation sur immobilisation, sur actifs circulants et pour risques et charges ;

4° Dotations financières aux amortissements et provisions ;

5° Résultat courant avant impôts : en cas de déficit, celui-ci ne peut être déduit du total des postes énumérés ci-dessus.

Le poste Reprises sur amortissements et provisions, transfert de charges peut être déduit du résultat courant avant impôts à concurrence des charges retenues antérieurement dans le calcul de la contribution.

Article D651-3

Pour les entreprises de négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes mentionnées à l'article L. 651-3 dont la marge brute est au plus égale à 4 % du chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 241-13 est plafonné à 3,08 % de cette marge brute.

Pour l'application du premier alinéa, les entreprises de négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes sont celles qui réalisent plus de la moitié de leurs achats ou de leurs ventes avec les producteurs agricoles ou leurs coopératives.

La marge brute mentionnée au premier alinéa s'obtient à partir des indications qui doivent figurer, pour chaque exercice, dans le compte de résultat prévu à l'article 8 du code de commerce, en faisant le total des postes ci-dessous :

1° 20 % des salaires, traitements et charges sociales ;

2° Impôts, taxes et versements assimilés, à l'exclusion des droits et taxes qui ne sont pas retenus dans l'assiette de la contribution sociale de solidarité en application de l'article L. 651-5 ;

3° Dotations d'exploitation sur immobilisation, sur actifs circulants et pour risques et charges ;

4° Dotations financières aux amortissements et provisions ;

5° Résultat courant avant impôts : en cas de déficit, celui-ci ne peut être déduit du total des postes énumérés ci-dessus.

Le poste Reprises sur amortissements et provisions, transfert de charges peut être déduit du résultat courant avant impôts à concurrence des charges retenues antérieurement dans le calcul de la contribution.

Article D651-3-1

Pour les entreprises de négoce en gros des combustibles et de commerce de détail de carburants mentionnées à l'article L. 651-3 dont la marge est au plus égale à 4 % du chiffre d'affaires hors taxes, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle

instituée à l'article L. 241-13 est plafonné à 3,08 % de cette marge brute.

La marge brute mentionnée au premier alinéa s'obtient à partir des indications qui doivent figurer, pour chaque exercice, dans le compte de résultat prévu à l'article 8 du code de commerce, en faisant le total des postes ci-dessous :

1° 20 % des salaires, traitements et charges sociales ;

2° Impôts, taxes et versements assimilés, à l'exclusion des droits et taxes qui ne sont pas retenus dans l'assiette de la contribution sociale de solidarité en application de l'article L. 651-5 ;

3° Dotations d'exploitation sur immobilisation, sur actifs circulants et pour risques et charges ;

4° Dotations financières aux amortissements et provisions ;

5° Résultat courant avant impôts : en cas de déficit, celui-ci ne peut être déduit du total des postes énumérés ci-dessus.

Le poste Reprises sur amortissements et provisions, transfert de charges peut être déduit du résultat courant avant impôts à concurrence des charges retenues antérieurement dans le calcul de la contribution.

Article D651-4

Le recouvrement de la contribution sociale de solidarité instituée par l'article L. 651-1 est assuré par la caisse nationale du régime social des indépendants.

Article D651-6

Les opérations de recouvrement et de reversement de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés sont décrites dans des comptes spéciaux ouverts à cet effet dans la comptabilité de la Caisse nationale du régime social des indépendants.

La caisse mentionnée à l'alinéa précédent dispose d'un compte bancaire réservé à ces opérations.

Elle peut en outre disposer d'un compte bancaire supplémentaire réservé à l'encaissement de ces contributions et des majorations prévues aux articles L. 651-5-1 et L. 651-5-3 à L. 651-5-5.

Article D651-8

Les sociétés et entreprises mentionnées à l'article L. 651-1 doivent effectuer, au plus tard le 15 mai, la déclaration prévue par l'article L. 651-5.

Article D651-9

La contribution est portable. Elle fait l'objet d'un paiement exigible le 1er avril, qui doit être effectué le 15 mai au plus tard.

Article D651-11-1

Le directeur général de l'organisme chargé du recouvrement ou son délégataire peut accorder des sursis à poursuites pour le règlement de la contribution et des majorations s'il estime que le débiteur produit des garanties suffisantes.

Article D651-12

Les majorations prévues aux articles L. 651-5-1 et L. 651-5-3 à L. 651-5-5 sont liquidées par le directeur général de l'organisme chargé du recouvrement.

Elles doivent être versées dans le mois de leur notification par mise en demeure effectuée par le directeur général de l'organisme chargé du recouvrement dans les conditions prévues aux articles L. 244-2 et L. 244-3 et sont recouvrées comme la contribution sociale de solidarité.

Les majorations prévues aux articles L. 651-5-1 et L. 651-5-4 à L. 651-5-5 peuvent être modulées par le directeur général de l'organisme chargé du recouvrement.

Article D651-13

En cas de rectification du chiffre d'affaires par l'administration fiscale susceptible de conduire à une modification du montant de la contribution sociale de solidarité, la société ou l'entreprise intéressée est tenue de porter cette rectification à la connaissance de l'organisme chargé du recouvrement et de procéder, s'il y a lieu, au versement du supplément de contribution dans le délai de trois mois à compter de la notification par l'administration fiscale du montant rectifié du chiffre d'affaires ou, en cas de contestation, à compter de la notification de la décision définitive.

Article D651-14

En cas de fusion ou d'absorption de deux ou plusieurs sociétés ou entreprises, la société absorbante ou la nouvelle société résultant de la fusion est redevable, à la date mentionnée à l'article D. 651-9, de la contribution sociale de solidarité assise sur le chiffre d'affaires réalisé par toute société ou entreprise fusionnée ou absorbée durant l'année au cours de laquelle est intervenue cette opération.

Le changement de forme juridique d'une société ou entreprise ou toute autre modification de nature à entraîner une exonération de la contribution, restent sans effet sur son assujettissement à la contribution sociale de solidarité au titre du chiffre d'affaires réalisé jusqu'à la date de ce changement ou de cette modification.

Article D651-15

Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont soumises aux dispositions des articles R. 133-1, R. 133-2, R. 244-4, R. 244-5.

Les dispositions de la section 2 du chapitre 3 du titre III du livre Ier concernant le recouvrement des cotisations de sécurité sociale par voie de contrainte sont applicables au recouvrement de la contribution sociale de solidarité.

Article D651-16

En cas de cessation définitive d'activité, de cession totale ou de dissolution survenant entre le 1er janvier et la date limite d'exigibilité, la contribution sociale de solidarité due au titre de l'année en cours, calculée sur la base du chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, devient immédiatement exigible.

Article D651-17

Les montants affectés aux bénéficiaires de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés mentionnés à l'article L. 651-2-1 et au régime mentionné à l'article R. 635-9 ainsi que les dates de versements correspondants sont fixés par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Article D651-18

Les modalités de reversement de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés sont précisées dans une convention conclue entre la caisse nationale du régime social des indépendants et le fonds mentionné à l'article L. 135-1.

Article D651-20

Les contestations relatives à la contribution sociale de solidarité sont soumises aux dispositions de la section 4 du chapitre 2 et de la section 3 du chapitre 4 du titre IV du livre Ier.

Section 2 : Contribution de solidarité à la charge des retraités.

Article D651-21

L'arrêté prévu au deuxième alinéa de l'article L. 651-11 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget [*autorité compétente*].

Chapitre 2 : Dispositions diverses.

Article D652-1

Pour le contrôle de l'assiette des cotisations à percevoir au titre du régime d'assurance maladie et maternité et des régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions non agricoles, ainsi que pour la détermination des droits à allocation ouverts au titre desdits régimes d'assurance vieillesse, les organismes institués par l'article L. 611-1, les 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 et l'article L. 723-1 sont habilités à user de la procédure prévue par l'article L. 161 du livre des procédures fiscales.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 1 : Régimes spéciaux

Chapitre 1er : Dispositions générales

Section 1 : Ressources des assurances maladie et maternité garantissant les personnes assujetties à l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article D711-2

Sous réserve des dispositions du 2° de l'article D. 711-5, le taux de la cotisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 131-2 est fixé à :

1° 0,95 p. 100 pour :

- les fonctionnaires de l'Etat et de ses établissements publics à caractère administratif ainsi que les ouvriers de l'Etat ;

- les fonctionnaires des régions, des départements, des communes ou de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial ;

2° 2,20 p. 100 pour les personnes relevant du régime d'assurance des marins français.

3° 1,70 p. 100 pour les personnes placées sous le régime général pour les assurances maladie, maternité, décès et invalidité (pensions et soins).

4° 1,45 p. 100 pour les personnes placées sous le régime général pour les assurances maladie, maternité, décès et invalidité (soins).

5° 0,80 p. 100 pour les personnes relevant de la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires.

Pour les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article R. 711-24, le taux de la cotisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 131-2 est le taux de droit commun de la cotisation à la charge des salariés en vigueur au 30 juin 1987 dans le régime d'assurance maladie dont elles relèvent ou relevaient. A compter du 1er janvier 1998, ce taux est diminué de 3,8 points.

Article D711-3

Pour les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article L. 136-1 et qui relèvent d'un régime spécial de sécurité sociale, est fixé à 1 % le taux des cotisations mentionnées à l'article L. 711-2 assises sur :

1° Les avantages de retraite complémentaire servis aux pensionnés des régimes spéciaux par des institutions relevant du titre II du livre IX ;

2° Les avantages de retraite complémentaire servis par les organismes gestionnaires des régimes spéciaux aux assurés qui sont titulaires d'avantages de retraite de base attribués, par ces mêmes organismes, au titre de l'article D. 173-1.

Article D711-4

Pour les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1 qui relèvent d'un régime spécial de sécurité sociale au titre de l'exercice d'une activité professionnelle, le taux des cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge de ces personnes et applicable aux revenus d'activités en cause est celui en vigueur au 31 décembre 1997 pour les assurés de ce régime.

Article D711-5

Pour les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1 qui relèvent d'un régime spécial de sécurité sociale et perçoivent des revenus de remplacement, le taux de la cotisation afférente à la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité à la charge de ces personnes est fixé :

1° A 2,80 % pour les avantages mentionnés au premier alinéa de l'article L. 131-2 ;

2° Pour les avantages mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 131-2 :

a) A 4,15 % s'agissant des personnes mentionnées au 1° du premier alinéa de l'article D. 711-2 ;

b) A 5,4 % s'agissant des personnes mentionnées au 2° du premier alinéa de l'article D. 711-2 ;

c) A 4,9 % s'agissant des personnes mentionnées au 3° du premier alinéa de l'article D. 711-2 ;

d) A 4,65 % s'agissant des personnes mentionnées au 4° du premier alinéa de l'article D. 711-2 ;

e) A 4 % s'agissant des personnes mentionnées au 5° du premier alinéa de l'article D. 711-2 ;

f) S'agissant des personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article D. 711-2, au taux de droit commun, diminué de 0,6 point, de la cotisation à la charge des salariés en vigueur au 30 juin 1987 ;

3° A 3,2 % pour les avantages de retraite servis par un régime spécial, soit en application de ses propres règles, soit au titre de l'article D. 173-1 ;

4° A 4,2 % pour les avantages de retraite complémentaire mentionnés à l'article D. 711-3.

Section 3 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article D711-6

Les dispositions du second alinéa de l'article 3 du décret n° 46-1428 du 12 juin 1946 sont applicables aux assurés des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle bénéficiaires d'un régime spécial de sécurité sociale mentionné aux articles R. 711-1 et R. 711-24 et placés sous le régime général pour la couverture des risques maladie, maternité, décès et invalidité.

Article D711-7

Dans la limite des taux de cotisations et de contributions applicables à la rémunération due au titre de l'heure supplémentaire ou du temps supplémentaire de travail effectué par le salarié relevant d'un régime spécial mentionné à l'article R. 711-1 ou R. 711-24, le taux de réduction de cotisations salariales, prévu au I de l'article L. 241-17 est celui mentionné au I de l'article D. 241-21.

Lorsque la rémunération de l'heure supplémentaire ou du temps supplémentaire de travail visé à l'alinéa précédent est assujettie aux mêmes cotisations et contributions que la fraction de rémunération versée à titre principal, le II de l'article D. 241-21 est également applicable.

Article D711-8

La réduction de cotisations salariales de sécurité sociale prévue au I de l'article L. 241-17 applicable au salarié relevant d'un des régimes spéciaux mentionnés aux articles R. 711-1 et R. 711-24 est totalement imputée sur le montant de la cotisation d'assurance vieillesse.

Article D711-9

Le bénéfice de la réduction prévue au I du L. 241-17 est subordonné à la mise à disposition par l'employeur d'un document, qui peut être établi sur support dématérialisé, indiquant par mois civil et pour chaque salarié le nombre d'heures supplémentaires ou complémentaires effectuées au sens de l'article 81 quater du code général des impôts et la rémunération y afférente. Le récapitulatif mentionné à l'article D. 241-25 doit également être tenu à disposition par l'employeur.

Chapitre 2 : Régime des fonctionnaires de l'Etat et des magistrats

Section 1 : Bénéficiaires.

Article D712-1

Les dispositions du présent chapitre sont applicables aux fonctionnaires en activité dès leur entrée en fonction en qualité de titulaire.

Article D712-2

Dans les cas prévus aux 1°, 8° et 11° de l'article 14 du décret n° 85-986 du 16 septembre 1985, ainsi que dans le cas de détachement auprès d'une administration d'Etat bien que dans un emploi ne conduisant pas à pension du régime général des retraites, le fonctionnaire détaché reste soumis au régime spécial de sécurité sociale des fonctionnaires institué par le présent chapitre.

Dans les autres cas de détachement, le fonctionnaire est soumis, pour les risques autres que ceux couverts par le régime de retraite dont il relève, au régime d'assurance applicable à la profession qu'il exerce par l'effet de son détachement.

Article D712-3

Le fonctionnaire en disponibilité bénéficie des dispositions du présent chapitre pendant toute la période où il perçoit un émolument ou une allocation en vertu soit du statut général des fonctionnaires, soit de l'article L. 712-3.

Article D712-4

La veuve du fonctionnaire, titulaire d'une pension de réversion, bénéficie des mêmes prestations que le fonctionnaire retraité et dans les mêmes conditions.

Elle adresse, dans les trois mois du décès de son conjoint, une déclaration à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle elle réside, par l'intermédiaire de la section locale ou du correspondant d'entreprise du "de cujus".

Article D712-5

Lorsque le fonctionnaire en retraite ou la veuve du fonctionnaire, titulaire d'une pension de réversion, exercent une activité professionnelle, ils sont assujettis au régime de sécurité sociale dont relève cette activité.

Article D712-6

Les dispositions des articles L. 372-1 et L. 372-2 sont applicables aux fonctionnaires en position "sous les drapeaux".

Article D712-7

Pour les fonctionnaires placés en position de congé spécial, l'Etat verse la cotisation fixée à l'article D. 712-38.

Lorsqu'ils n'exercent pas une activité relevant d'un régime obligatoire de sécurité sociale, ils reçoivent des prestations en nature des assurances maladie et maternité dans les conditions prévues par l'article D. 712-11.

S'ils viennent à décéder, leurs ayants cause ont droit au capital décès, dans les conditions prévues à la sous-section 3 de la section 2 du présent chapitre.

Article D712-8

La présente section et les sections 2 à 4 du présent chapitre sont applicables aux magistrats de l'ordre judiciaire.

Section 2 : Prestations

Article D712-9

Le décret prévu pour l'application de l'article L. 712-3 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article D712-10

Les prestations prévues à l'article L. 712-3 sont, pour leur totalité, à la charge [*financière*] de l'Etat.

Sous-section 1 : Prestations en nature - Indemnités journalières.

Article D712-11

En cas de maladie et maternité, les fonctionnaires bénéficient des prestations en nature des assurances sociales, dans les conditions et suivant les tarifs en vigueur dans les caisses d'assurance maladie auxquelles ils sont affiliés, sous réserve des dispositions prévues au présent chapitre.

Les fonctionnaires retraités pour invalidité avant l'âge de soixante ans, au titre du régime général des pensions civiles de l'Etat, et les fonctionnaires qui, reconnus en état d'invalidité temporaire, dans les conditions prévues à la sous-section 2 de la présente section, au moment de leur admission à la retraite, ont été mis d'office ou admis à faire valoir leurs droits à la retraite, en application des articles L. 3 et L. 4, 1er et 2° alinéas, du code des pensions civiles et militaires de retraite, ont droit aux prestations en nature de l'assurance invalidité selon les modalités fixées à l'alinéa précédent.

Lorsque les retraités mentionnés à l'alinéa précédent atteignent l'âge prévu par l'article L. 161-17-2, ils ont le droit, sans limitation de durée, aux prestations en nature de l'assurance maladie pour l'affection ayant donné lieu à l'attribution de la pension d'invalidité ou de prestations d'invalidité temporaire. Les mêmes avantages sont accordés aux fonctionnaires retraités pour invalidité au titre du régime général des pensions civiles de l'Etat à l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 au moins.

Article D712-12

En cas de maladie, le fonctionnaire qui ne peut bénéficier de l'un des régimes de congé de maladie, de congé de longue maladie ou de congé de longue durée, prévus par la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique de l'Etat, mais qui remplit les conditions fixées par le livre III du présent code pour avoir droit à l'indemnité journalière mentionnée au 4° de l'article L. 321-1, a droit à une indemnité égale à la somme des éléments suivants :

1°) la moitié ou les deux tiers, suivant le cas, du traitement et des indemnités accessoires, à l'exclusion de celles qui sont attachées à l'exercice des fonctions ou qui ont le caractère de remboursement de frais ;

2°) la moitié ou les deux tiers, suivant les cas, soit de l'indemnité de résidence perçue au moment de l'arrêt de travail s'il est établi que l'intéressé, son conjoint ou les enfants à sa charge continuent à résider dans la localité où ledit intéressé exerce ses fonctions, soit, dans le cas contraire, de la plus avantageuse des indemnités de résidence afférentes aux localités où le fonctionnaire, son conjoint ou les enfants à sa charge résident depuis l'arrêt de travail, sans que cette somme puisse être supérieure à celle calculée dans le premier cas ;

3°) la totalité des avantages familiaux.

Toutefois, les maxima prévus par la réglementation du régime général de sécurité sociale sont applicables dans les cas mentionnés au présent article.

Sous-section 2 : Prestations d'invalidité temporaire.

Article D712-13

Les fonctionnaires peuvent, sur leur demande, être reconnus en état d'invalidité temporaire s'ils sont atteints d'une invalidité réduisant au moins des deux tiers leur capacité de travail, sans pouvoir reprendre immédiatement leurs fonctions ni être mis ou admis à la retraite.

Article D712-14

La demande doit être adressée à la caisse primaire d'assurance maladie dans le délai d'un an suivant, soit la date de l'expiration des droits statutaires à traitement ou du service de l'indemnité mentionnée à l'article D. 712-12, soit la date de la consolidation de la blessure ou la date de la stabilisation de l'état de l'intéressé telle qu'elle résulte de la notification qui lui en est faite par la caisse primaire.

La caisse primaire transmet cette demande avec son avis à l'administration dont relève le fonctionnaire.

Article D712-15

L'invalidité temporaire est appréciée par la commission de réforme, compte tenu du barème indicatif prévu au troisième alinéa de l'article L. 28 du code des pensions civiles et militaires, que l'état des intéressés leur interdise ou non d'exercer une activité rémunérée autre que leur emploi.

La commission de réforme se prononce :

1°) en vue de l'attribution de l'allocation d'invalidité temporaire mentionnée à l'article D. 712-18, à compter de l'expiration des droits statutaires à un traitement ou du service de l'indemnité mentionnée à l'article D. 712-12 ;

2°) en vue de l'attribution des prestations en nature de l'assurance invalidité mentionnées à l'article D. 712-17, qui sont dues à compter de la date, soit de la consolidation de la blessure, soit de la stabilisation de l'état de l'intéressé telle qu'elle résulte de l'avis de la caisse primaire, soit de l'entrée en jouissance de l'allocation d'invalidité temporaire.

Article D712-16

Le bénéfice de l'assurance invalidité est accordé après avis de la commission de réforme par périodes d'une durée maximum de six mois, renouvelable selon la procédure initiale.

L'état d'invalidité temporaire est constaté par arrêté ministériel pris sur l'avis de la commission de réforme.

Cet arrêté précise dans tous les cas :

- 1°) le degré d'invalidité de l'intéressé ;
- 2°) le point de départ et la durée de l'état d'invalidité ;
- 3°) la nature des prestations auxquelles l'intéressé ouvre droit ;
- 4°) le taux de l'allocation d'invalidité éventuellement applicable.

Notification de l'arrêté est faite à la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle incombe le service des prestations en nature.

Article D712-17

Le fonctionnaire en état d'invalidité temporaire a droit ou ouvre droit, dans les mêmes conditions que les pensionnés d'invalidité du régime général de sécurité sociale :

- 1°) sans limitation de durée, aux prestations en nature de l'assurance maladie ;
- 2°) aux prestations en nature de l'assurance maternité.

Article D712-18

L'allocation d'invalidité temporaire est liquidée et payée par l'administration ou l'établissement auquel appartient le fonctionnaire.

En vue de la détermination du montant de l'allocation, la commission de réforme classe les intéressés dans un des trois groupes suivants :

1°) invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

2°) invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;

3°) invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Pour les invalides du premier groupe, l'allocation est égale à la somme des éléments suivants :

1°) 30 % du dernier traitement d'activité, augmenté de 30 % des indemnités accessoires, à l'exclusion de celles qui sont attachées à l'exercice des fonctions ou qui ont le caractère de remboursement de frais ;

2°) 30 % de l'indemnité de résidence, pris en considération suivant les modalités prévues par le 2° du premier alinéa de l'article D. 712-12 ;

3°) la totalité des avantages familiaux.

Pour les invalides des second et troisième groupes, le taux de 30 % ci-dessus est remplacé par celui de 50 %. En outre, pour les invalides du troisième groupe, le montant des éléments énumérés aux 1° et 2° du troisième alinéa du présent article est majoré de 40 %, sans que la majoration puisse être inférieure au minimum prévu à l'article R. 341-6. Cette majoration n'est pas versée pendant la durée d'une hospitalisation.

Toutefois, les maxima prévus pour la détermination du montant des prestations en espèces du régime général des assurances sociales sont applicables dans les cas mentionnés au présent article.

L'allocation cesse d'être servie dès que le fonctionnaire est réintégré dans ses fonctions ou mis à la retraite et, en tout état de cause, à l'âge prévu par l'article L. 161-17-2.

Sous-section 3 : Capital décès

Article D712-19

Les ayants droit de tout fonctionnaire décédé avant l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 et se trouvant au moment du décès soit en activité, soit détaché dans les conditions du premier alinéa de l'article D. 712-2, soit dans la situation de disponibilité mentionnée à l'article D. 712-3, soit dans la position sous les drapeaux, ont droit au moment du décès et quelle que soit l'origine, le moment ou le lieu de celui-ci, au paiement d'un capital décès.

Ce capital est égal au dernier traitement annuel d'activité, augmenté de la totalité des indemnités accessoires (autres que l'indemnité de résidence et les avantages familiaux), à l'exception de celles qui sont attachées à l'exercice de la fonction ou qui ont le caractère de remboursement de frais.

Article D712-20

Le capital décès tel qu'il est déterminé à l'article D. 712-19 est versé :

1° A raison d'un tiers au conjoint non séparé de corps ni divorcé du " de cujus " ou au partenaire d'un pacte civil de solidarité non dissous et conclu plus de deux ans avant le décès du " de cujus " ;

2° A raison de deux tiers :

a) Aux enfants légitimes, naturels reconnus ou adoptifs du " de cujus " nés et vivants au jour de son décès, âgés de moins de vingt et un ans ou infirmes, et non imposables du fait de leur patrimoine propre à l'impôt sur le revenu ;

b) Aux enfants recueillis au foyer du " de cujus " qui se trouvaient à la charge de ce dernier au sens des articles 196 et 196 A bis du code général des impôts au moment de son décès, à condition qu'ils soient âgés de moins de vingt et un ans ou infirmes.

La quote-part revenant aux enfants est répartie entre eux par parts égales.

En cas d'absence d'enfants pouvant prétendre à l'attribution du capital décès, celui-ci est versé en totalité au conjoint non divorcé ni séparé de corps ou au partenaire d'un pacte civil de solidarité non dissous et conclu plus de deux ans avant le décès du " de cujus ".

En cas d'absence de conjoint non divorcé ni séparé de corps ou de partenaire d'un pacte civil de solidarité non dissous, le capital décès est attribué en totalité aux enfants attributaires et réparti entre eux et par parts égales.

En cas d'absence de conjoint ou de partenaire d'un pacte civil de solidarité et d'absence d'enfants pouvant prétendre à l'attribution du capital décès, ce dernier est versé à celui ou à ceux des ascendants du " de cujus " qui étaient à sa charge, au moment du décès.

Article D712-21

Chacun des enfants appelés à percevoir ou à se partager le capital décès, suivant les conditions mentionnées à l'article D. 712-20, reçoit, en outre, une majoration calculée à raison des trois centièmes du traitement annuel brut soumis à retenue pour pension afférent à l'indice net 450 (indice brut 585) ; le traitement à prendre en considération est, dans tous les cas, celui correspondant à l'indice précité, en vigueur au moment du décès du fonctionnaire.

Les enfants légitimes ou naturels reconnus, nés viables dans les trois cents jours du décès du "de cujus", reçoivent exclusivement et dans tous les cas la majoration prévue à l'alinéa précédent.

Article D712-22

Tout fonctionnaire ayant un âge supérieur ou égal à celui prévu par l'article L. 161-17-2, et non encore admis à faire valoir ses droits à la retraite, ouvre droit au capital décès prévu à l'article L.

361-1 ; ce capital est versé aux ayants droits définis à l'article D. 712-20.

Article D712-23

Le capital décès mentionné à la présente sous-section n'est pas soumis aux droits de mutation en cas de décès.

Article D712-24

Lorsque le fonctionnaire est décédé à la suite d'un attentat ou d'une lutte dans l'exercice de ses fonctions, ou d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes, le capital décès augmenté éventuellement de la majoration pour enfant est versé trois années de suite dans les conditions ci-après : le premier versement au décès du fonctionnaire et les deux autres au jour anniversaire de cet événement.

Le traitement à prendre en considération est dans les trois cas celui afférent à l'indice détenu par l'agent au jour de son décès.

A chaque échéance, le capital décès est versé dans les conditions prévues à la présente sous-section.

Sous-section 4 : Contrôle médical.

Article D712-25

Le contrôle médical prévu à l'article L. 315-1 est effectué par le médecin assermenté de l'administration mentionné aux articles 9 et 10 du décret n° 59-310 du 14 février 1959 en ce qui concerne le service des prestations en espèces prévues à la sous-section 2 de la présente section.

La décision prise en ce qui concerne l'état d'invalidité dans les conditions prévues à la même sous-section s'impose à la caisse primaire d'assurance maladie.

Article D712-26

En ce qui concerne le service des prestations prévues à l'article D. 712-12 ainsi que des prestations en nature prévues à l'article D. 712-11 et à la sous-section 2 de la présente section, le contrôle médical est exercé dans les conditions du droit commun, sous réserve des dispositions du deuxième alinéa de l'article D. 712-25.

La décision de la caisse primaire accordant ou maintenant le bénéfice des prestations en espèces de l'assurance maladie est immédiatement notifiée à l'administration dont relève le fonctionnaire, à laquelle elle s'impose.

La notification précise, le cas échéant, le point de départ du délai de trois ans d'indemnisation prévu au 1° de l'article L. 323-1 et à l'article R. 323-1.

Article D712-27

Les frais occasionnés par le contrôle prévu à la sous-section 2 de la présente section et à l'article D. 712-25 sont à la charge de l'Etat.

Les frais occasionnés par le contrôle prévu à l'article D. 712-26 sont à la charge de l'organisation générale de la sécurité sociale.

Sous-section 5 : Dispositions diverses.

Article D712-28

Les commissions administratives paritaires instituées en application de l'article 14 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique de l'Etat et du décret n° 82-451 du 28 mai 1982 modifié par le décret n° 84-955 du 25 octobre 1984 exercent les attributions des commissions prévues à l'article L. 712-5.

En ce qui concerne les magistrats de l'ordre judiciaire, il est institué à l'administration centrale du ministère de la justice une commission composée pour moitié des représentants des magistrats désignés par les organisations professionnelles les plus représentatives et pour moitié des représentants de l'administration désignés par celle-ci.

Le nombre des membres de cette commission et les modalités de son fonctionnement sont déterminés par un arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice.

Cette commission exerce les attributions de la commission prévue à l'article L. 712-5 ainsi que celles de la commission prévue à l'article R. 142-1.

Les difficultés nées de l'application des dispositions de l'article L. 712-3 sont soumises pour avis aux commissions prévues au présent article avant toute décision du ministre intéressé.

Section 3 : Organisation administrative

Article D712-29

Les prestations autres que les prestations en nature prévues à l'article D. 712-11 sont liquidées et payées par les administrations ou établissements auxquels appartiennent les intéressés.

Article D712-30

La ou les caisses primaires d'assurance maladie d'un même département doivent confier le service des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité à la ou aux sections locales constituées dans les conditions prévues aux articles D. 712-31 à D. 712-33.

Article D712-31

Les sections locales sont créées à l'initiative des mutuelles ou sections de mutuelles constituées entre fonctionnaires ou des unions ou sections d'unions de telles mutuelles.

Chaque section locale peut grouper des fonctionnaires bénéficiaires du présent chapitre, ainsi que des agents et ouvriers de l'Etat, à condition que tous ses adhérents appartiennent, soit à un même établissement ou groupe d'établissements situés dans le même département, soit à une même administration ou à un même service ou à un même groupe d'administrations ou de services dont la circonscription est comprise dans un même département.

Une section locale ne peut être créée que si elle groupe au minimum 1 000 adhérents.

Article D712-32

Toute mutuelle ou section de mutuelle constituée entre fonctionnaires, ainsi que toute union ou section d'union de telles mutuelles peut créer une section locale dans les conditions prévues à l'article D. 712-31.

Dans les départements où une section locale ne pourrait être constituée par une mutuelle ou section de mutuelle d'une même administration, les mutuelles ou sections de mutuelles constituées dans des administrations différentes peuvent se grouper pour former une section locale.

Article D712-33

Le contrôle de la gestion de chaque section locale est confié à un comité d'au moins six membres élus à la proportionnelle par l'ensemble de ses adhérents.

Article D712-34

Les sections locales liquident et règlent les prestations pour le compte des caisses primaires au moyen d'avances renouvelables qui leur sont accordées par lesdites caisses.

Article D712-35

Lorsqu'il n'est pas possible de créer une section locale, les mutuelles ou sections de mutuelles constituées entre fonctionnaires, ainsi que les unions ou sections d'unions de telles mutuelles, sont habilitées de plein droit à exercer le rôle de correspondantes de la caisse primaire d'assurance maladie lorsqu'elles groupent au minimum 100 adhérents.

Les organismes ne groupant pas ce nombre minimum d'adhérents doivent constituer une union qui exercera le rôle de correspondant.

Article D712-36

Les caisses primaires d'assurance maladie tiennent une comptabilité distincte pour les opérations relatives aux fonctionnaires relevant du présent chapitre.

Section 4 : Cotisations.

Article D712-37

Le décret prévu pour l'application de l'article L. 712-9 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article D712-38

Sous réserve des dispositions de l'article D. 712-40, le taux de la cotisation à la charge de l'Etat, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, maternité et invalidité versées à ses fonctionnaires en activité et assise sur les traitements soumis à retenue pour pension, est fixé à 9,70 %.

L'assiette de la cotisation due à la Caisse nationale des allocations familiales pour les fonctionnaires régis par la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 et la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 susvisées est la même que celle fixée à l'alinéa précédent.

Article D712-39

Les cotisations dues par les fonctionnaires de l'Etat retraités ou leurs ayants cause, en application du deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1, dont le taux est fixé au 3° de l'article D. 711-5, sont assises sur les avantages de retraite versés aux intéressés dans la limite du plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 241-3.

Article D712-40

En application du deuxième alinéa de l'article L. 131-9, le taux de la cotisation afférente à la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie, maternité et invalidité à la charge des fonctionnaires de l'Etat mentionnés à l'article D. 712-50 est fixé à 1 %. Cette cotisation est précomptée sur les traitements des intéressés qui sont payés pour le net. Le taux de la cotisation à la charge de l'Etat pour ces fonctionnaires est fixé à 2,95 %.

Article D712-41

Les cotisations prévues au premier alinéa de l'article D. 712-38 et à l'article D. 712-40 sont versées aux échéances prévues par l'article R. 243-6, aux organismes de recouvrement du régime général de sécurité sociale désignés en application des dispositions de l'article R. 243-8.

Ces versements sont soumis aux dispositions des articles R. 243-13, R. 243-16, R. 243-18, R. 243-19, R. 243-19-1, R. 243-20 et R. 243-21.

Article D712-43

Le taux des cotisations prévues aux articles D. 712-38 et D. 712-39 est modifié par décret contresigné par le ministre chargé de la fonction publique, le ministre chargé du budget et le ministre chargé de la sécurité sociale, en cas d'insuffisance ou d'excès des ressources résultant desdites cotisations.

Section 5 : Dispositions applicables aux stagiaires.

Article D712-44

Les sections 1 à 4 du présent chapitre et de la présente section, exception faite des articles D. 712-19 à D. 712-24 sont applicables aux stagiaires mentionnés à l'article 1er du décret n° 48-1843 du 6 décembre 1948, à l'exclusion de ceux qui se trouvent en congé sans traitement, soit en vertu des dispositions statutaires auxquelles ils sont soumis, soit en vertu du règlement intérieur de l'école à laquelle ils appartiennent, sans avoir droit par ailleurs aux prestations prévues à l'article L. 712-3.

Article D712-45

Le stagiaire qui remplit les conditions fixées par le chapitre 1er du titre IV du livre III pour prétendre au bénéfice d'une pension d'invalidité a droit à une pension liquidée conformément aux prescriptions dudit chapitre, sous réserve des dispositions des alinéas ci-après.

Le salaire servant de base au calcul de la pension est le dernier traitement annuel d'activité.

Lorsque l'intéressé ayant, en vertu des dispositions statutaires ou du règlement intérieur de l'école, épuisé ses droits soit à un congé de maladie ou de longue durée, soit, le cas échéant, à un congé sans traitement, est licencié ou considéré comme démissionnaire et a droit à une pension, celle-ci est accordée à compter de l'expiration du dernier congé de maladie ou de longue durée ou du congé sans traitement.

La liquidation de la pension est effectuée soit sur demande de l'intéressé, soit d'office par l'administration ou l'école dont il relève. Toutefois, cette liquidation ne peut être demandée par l'administration ou l'école tant que l'intéressé n'a pas épuisé ses droits à congé de longue durée.

La pension d'invalidité est suspendue au cas où le bénéficiaire reprend ses fonctions.

Article D712-46

Le bénéfice du capital de l'assurance décès prévu par les articles L. 361-1, L. 361-3 et L. 361-4, est accordé aux ayants droit du stagiaire. Ce capital est à la charge de l'administration ou de l'école dont relevait le "de cujus".

Article D712-47

Les stagiaires licenciés dans les conditions prévues à l'article 12 du décret n° 49-1239 du 13 septembre 1949 modifié, titulaires d'une rente en application du troisième alinéa dudit article et qui ne peuvent justifier des conditions requises par les articles L. 313-1 et L. 341-2, ont droit et ouvrent droit, sans participation aux frais, aux prestations en nature des assurances maladie et maternité, à condition toutefois que la rente corresponde à une incapacité de travail au moins égale à $66 \frac{2}{3}$ p. 100.

Les bénéficiaires de rentes de survivants, en application du quatrième alinéa de l'article 12 du décret n° 49-1239 du 13 septembre 1949 modifié, qui n'effectuent aucun travail salarié et n'exercent aucune activité rémunératrice ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie, dans la mesure où ils ne bénéficient pas déjà de ces prestations en vertu d'autres dispositions.

Les prestations prévues au présent article sont à la charge de la caisse primaire d'assurance maladie dont relèvent les intéressés.

Section 6 : Dispositions applicables aux fonctionnaires détachés sur certains emplois.

Article D712-48

Par dérogation à l'article D. 712-2, le fonctionnaire détaché sur un emploi permanent d'un département, d'une commune ou d'un de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial reste soumis au régime spécial de sécurité sociale des fonctionnaires, institué par le présent chapitre.

Article D712-49

Les cotisations dues pour les personnels mentionnés à l'article D. 712-48 sont à la charge de l'organisme auprès duquel ils sont détachés et sont calculées et versées dans les mêmes conditions que pour les personnels titulaires de cet organisme.

Les prestations en espèces sont à la charge de l'organisme de détachement.

Section 7 : Dispositions applicables aux fonctionnaires exerçant dans les collectivités d'outre-mer régies par l'article 74 de la Constitution et la Nouvelle-Calédonie

Article D712-50

Les dispositions des sections 1 à 4 du présent chapitre sont applicables, sous réserve des dispositions ci-après, aux personnels civils qui exercent leurs fonctions dans un territoire relevant du ministère chargé de l'outre-mer et qui appartiennent aux catégories ci-après :

1°) fonctionnaires civils appartenant aux cadres régis par décret et relevant du ministère chargé de

l'outre-mer ;

2°) fonctionnaires civils de l'Etat soumis au statut général et appartenant aux cadres relevant des autres ministères ;

3°) fonctionnaires civils de l'Etat soumis au statut général et magistrats détachés dans un emploi des cadres de l'une ou de l'autre catégorie ci-dessus.

Article D712-51

Les cotisations prévues aux articles D. 712-38 et D. 712-40 sont versées, dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'Outre-mer et du ministre chargé du budget, à l'organisme de recouvrement désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Elles sont calculées sur les émoluments soumis à retenues pour pensions, que percevraient les intéressés s'ils étaient en service en France, dans la limite du plafond fixé par la législation de la sécurité sociale.

Article D712-52

Les fonctionnaires mentionnés à l'article D. 712-50 ne bénéficient des dispositions des articles D. 712-11 et D. 712-12 que pendant les périodes au cours desquelles ils résident temporairement sur le territoire métropolitain et dans un département d'outre-mer.

Toutefois, les membres de leur famille bénéficient des dispositions de l'article D. 712-11 lorsqu'ils résident ou séjournent sur le territoire métropolitain et dans un département d'outre-mer.

Article D712-53

Le dernier traitement annuel d'activité dont il sera tenu compte pour l'application de la sous-section 3 de la section 2 du présent chapitre est celui que le fonctionnaire aurait perçu s'il avait été en service en France.

Article D712-54

La caisse primaire d'assurance maladie de Paris confie le service des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité aux sections constituées par les mutuelles de fonctionnaires auprès de chacune des administrations centrales dont relèvent les fonctionnaires mentionnés à l'article D. 712-50.

Article D712-54-1

Pour les fonctionnaires de l'Etat et les magistrats qui exercent leurs fonctions en Polynésie française en position d'activité ou de détachement, au sens de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, soit auprès d'une collectivité publique de ce territoire ou d'un de ses établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial, soit auprès d'une administration de l'Etat ou d'un établissement public de l'Etat n'ayant pas le caractère industriel ou commercial, les cotisations dues au régime général de sécurité sociale, pour la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité, sont calculées, par dérogation aux dispositions de l'article D. 712-40 et du deuxième alinéa de l'article D. 712-51, sur la base des traitements soumis à retenue pour pension et d'un taux fixé à 14,45 %, soit 9,70 % à la charge de l'Etat et 4,75 % à la charge de l'assuré en application du deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1.

Les fonctionnaires de l'Etat et les magistrats mentionnés à l'alinéa précédent et leurs ayants droit qui résident avec eux bénéficient des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité prévues à l'article R. 761-8 et servies dans les conditions définies à l'article D. 712-54, sous réserve des dispositions de l'article 19 du décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994. Il en est de même pour les fonctionnaires de l'Etat et les magistrats qui, résidant en Polynésie française, sont placés en position de disponibilité d'office en application de l'article 43 du décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 et pour leurs ayants droit qui résident avec eux.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article D. 712-52, les fonctionnaires de l'Etat et les magistrats visés aux trois alinéas précédents bénéficient des dispositions de l'article D. 712-12.

Article D712-54-2

Les fonctionnaires de l'Etat et les magistrats qui exercent leurs fonctions en Nouvelle-Calédonie, mentionnés au premier alinéa de l'article L. 712-11-1, ainsi que leurs ayants droit, bénéficient, lorsqu'ils séjournent en Nouvelle-Calédonie, des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité prévues à l'article R. 761-8 et servies dans les conditions définies à l'article D. 712-54, sous réserve des dispositions du paragraphe 3 de l'article 19 de l'accord de coordination annexé au décret n° 2002-1371 du 19 novembre 2002 susvisé.

Les cotisations à la charge de l'Etat dues au régime général de sécurité sociale pour la couverture des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité sont calculées dans les conditions fixées à l'article D. 712-38.

Section 8 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article D712-55

L'arrêté prévu à l'article L. 712-12 est pris par le ministre chargé de la fonction publique, le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Article D712-56

Les fonctionnaires de l'Etat et les magistrats titulaires d'une pension au titre du code des pensions civiles et militaires de retraite et les titulaires d'un avantage de réversion au titre de ce code qui résident en Polynésie française sont affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie de Paris.

Ils bénéficient, ainsi que leurs ayants droit qui résident avec eux, lorsqu'ils n'exercent aucune activité professionnelle, des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité prévues à l'article R. 761-8 et servies dans les conditions définies à l'article D. 712-54, sous réserve des dispositions de l'article 21 du décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994.

Les personnes mentionnées au premier alinéa bénéficient, lorsqu'elles résident temporairement en métropole ou dans un département d'outre-mer, des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité prévues à l'article D. 712-11 et servies dans les conditions définies à l'article D. 712-54, sous réserve des dispositions de l'article 21 du décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994. Il en est de même pour les ayants droit des personnes mentionnées à la phrase précédente et au premier alinéa lorsqu'ils résident ou séjournent en métropole ou dans un département d'outre-mer.

Chapitre 3 : Régime des militaires

Section 1 : Dispositions générales.

Article D713-1

Pour l'application de l'article L. 713-1 sont considérés comme assurés obligatoires :

1°) les militaires et assimilés de tous grades possédant le statut des militaires de carrière ou servant au-delà de la durée légale en vertu d'un contrat ou d'une commission et se trouvant dans l'une des situations suivantes :

- a. en activité de service ;
- b. dans une position avec solde autre que l'activité et non rayés des cadres ;
- c. titulaires d'une pension de retraite allouée au titre du code des pensions civiles et militaires de retraite ;

2°) pendant la période correspondant à la durée du service actif, les militaires ayant souscrit des engagements à long terme et qui se trouvent dans l'une des situations définies aux a. et b. du 1° ci-dessus ;

3°) les veuves des militaires mentionnés au 1° ci-dessus lorsqu'elles sont titulaires d'une pension allouée du chef de leur époux au titre du code de pensions civiles et militaires de retraite ainsi que les orphelins de militaires mentionnés par le décret n° 61-1332 du 29 novembre 1961.

Le régime de sécurité sociale prévu par le présent chapitre est également applicable aux membres de la famille des bénéficiaires tels qu'ils sont définis par l'article L. 313-3 du présent code.

Ne peuvent toutefois prétendre au bénéfice du régime mentionné à l'alinéa ci-dessus les personnes appartenant à l'une des catégories ci-dessus qui, du fait de leur activité au service d'une administration ou d'une entreprise publique ou privée, sont assujetties à un autre régime d'assurances sociales pour les risques maladie et maternité.

Article D713-2

Les militaires en activité de service sont immatriculés par les soins de l'administration dont ils relèvent dès qu'ils remplissent les conditions exigées à l'article D. 713-1 pour pouvoir bénéficier de la sécurité sociale.

Section 2 : Dispositions relatives aux soins et aux prestations

Sous-section 1 : Prestations en nature.

Article D713-3

Les prestations servies à l'occasion de soins donnés ou ordonnés par des praticiens civils ou dans les établissements civils sont attribuées par la caisse militaire de sécurité sociale selon les modalités du régime général de sécurité sociale.

Article D713-4

Dans le cas où les soins sont donnés par les services de santé militaires, les dispositions suivantes sont applicables :

1°) les actes professionnels accomplis par un praticien militaire ou un auxiliaire médical militaire ne donnent lieu à aucun remboursement par la caisse militaire de sécurité sociale ;

2°) les fournitures pharmaceutiques, les appareils, les examens de biologie médicale délivrés ou exécutés par les pharmacies, centres et laboratoires de biologie médicale civils ou militaires donnent lieu à remboursement par la caisse militaire de sécurité sociale selon les modalités du régime général ;

3°) sous réserve des avantages accordés par décret, les services rendus dans les établissements des services de santé militaires (hospitalisation, examens et traitements externes) donnent lieu à remboursement par la caisse militaire de sécurité sociale dans les conditions du régime général. Les prix de journée de base exclusifs de tout supplément correspondant à des conditions particulières d'hospitalisation sont fixés par les services de santé militaires.

Le tarif de responsabilité est égal au prix de base ainsi fixé.

La caisse passe des conventions avec la direction des services de santé des armées, conformément aux dispositions du régime général.

Article D713-5

Conformément à l'article L. 713-12 du présent code, l'autorité militaire est seule habilitée à prendre toutes décisions pouvant entraîner des conséquences statutaires ou disciplinaires, spécialement en matière d'exécution du service, d'absences, de congés ou d'hospitalisation, même si le militaire a eu recours aux soins d'un praticien civil.

Article D713-6

Le contrôle médical est exercé à la diligence de la direction des services de santé des armées selon des modalités qui sont fixées par un arrêté du ministre de la défense et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le contrôle porte sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé de l'assuré et sur la constatation des abus en matière de soins. Il est exercé, soit à la demande de la caisse à laquelle le médecin conseil est tenu de déférer sans délai, soit à l'initiative du médecin conseil à la disposition duquel la caisse doit tenir tous les éléments nécessaires.

Le médecin conseil ne peut s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Toutes les fois qu'il le juge utile dans l'intérêt du malade ou du contrôle, il doit entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.

En cas de désaccord entre médecin traitant et médecin conseil, il est procédé à un nouvel examen par un expert désigné dans les conditions prévues par le chapitre 1er du titre IV du livre Ier.

Article D713-7

En matière d'affections imputables au service, les frais qui sont à la charge de l'Etat en vertu des dispositions statutaires ne donnent pas lieu à remboursement par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Cette caisse peut se voir confier par convention au nom et pour le compte de l'Etat la gestion de l'octroi des prestations. Toutefois, en attendant les décisions concernant l'imputabilité, la caisse fournit les provisions nécessaires et est subrogée aux droits de l'intéressé à remboursement au titre du statut dans la limite des avances consenties.

La Caisse nationale militaire de sécurité sociale peut également se voir confier par convention, au nom et pour le compte de l'Etat, la gestion des prestations de soins médicaux gratuits prévues par le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

Article D713-7-1

Les militaires mentionnés au premier alinéa de l'article D. 713-17 ne bénéficient des dispositions des articles D. 713-3 et D. 713-4 que pendant les périodes au cours desquelles ils résident temporairement sur le territoire métropolitain.

Leurs ayants droit bénéficient des dispositions des articles D. 713-3 et D. 713-4 lorsqu'ils résident ou séjournent sur le territoire métropolitain.

Les militaires en service ou en mission en Polynésie française, et leurs ayants droit qui résident avec eux, bénéficient des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité prévues à l'article R. 761-13 et servies dans les conditions définies aux articles D. 713-3 et D. 713-4, sous réserve des dispositions de l'article 18 du décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 portant coordination entre les régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale.

Les militaires qui exercent leurs fonctions en Nouvelle-Calédonie, mentionnés au premier alinéa de l'article L. 712-11-1, ainsi que leurs ayants droit, bénéficient, lorsqu'ils séjournent en Nouvelle-Calédonie, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité prévues à l'article R. 761-13 et servies dans les conditions définies aux articles D. 713-3 et D. 713-4, sous réserve des dispositions du paragraphe 3 de l'article 19 de l'accord de coordination annexé au décret n° 2002-1371 du 19 novembre 2002 portant coordination des régimes métropolitains et calédoniens de sécurité sociale.

Article D713-7-2

Les militaires titulaires d'une pension au titre du code des pensions civiles et militaires de retraite et les titulaires d'une pension de réversion au titre de ce code du chef de ces personnes bénéficient, lorsqu'ils résident en Polynésie française et n'exercent pas d'activité professionnelle, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité prévues à l'article R. 761-13 et servies dans les conditions définies aux articles D. 713-3 et D. 713-4, sous réserve des dispositions de l'article 21 du décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 portant coordination entre les régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale.

Leurs ayants droit qui résident avec eux bénéficient également des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité visées à l'alinéa précédent.

Sous-section 2 : Capital décès.

Article D713-8

Sous réserve des dispositions de l'article D. 713-9, les ayants droit de tout militaire à solde mensuelle bénéficient au moment du décès, et quels que soient l'origine, le moment ou le lieu de celui-ci, d'un capital décès sous réserve que le militaire se trouve au moment du décès dans une des positions mentionnées aux 1° et 2° du premier alinéa de l'article D. 713-1.

Le capital est calculé dans les mêmes conditions que celles fixées par la sous-section 3 de la section 2 du chapitre 2 du présent titre.

Article D713-9

Les militaires à solde mensuelle ayant un âge supérieur ou égal à celui prévu par l'article L. 161-17-2 et non encore admis à faire valoir leurs droits à la retraite ouvrent droit au capital décès prévu par l'article L. 361-1 du présent code.

Article D713-10

Les militaires à solde spéciale progressive et les militaires à solde forfaitaire ouvrent droit, en cas de décès, au capital décès du régime général de sécurité sociale.

En ce qui concerne les militaires à solde spéciale progressive, le traitement de base pris en considération dans ce cas est celui prévu par l'article L. 23 du code des pensions civiles et militaires de retraite, c'est-à-dire : pour les caporaux et quartiers-mâtres de 2° classe, les 85 p. 100 ; pour les soldats et matelots, les 80 p. 100 de la solde de base d'un sergent ou d'un second maître de même qualification et comptant le même nombre d'années de service.

En aucun cas ce capital décès ne peut être inférieur à trois fois le montant mensuel de la solde de base d'un sergent ou d'un second maître de 2° classe au premier échelon de l'échelle de solde n° 2.

En ce qui concerne les militaires à solde forfaitaire, le capital décès est égal à trois fois la rémunération mensuelle servant de base au calcul des cotisations de sécurité sociale.

Article D713-11

Le paiement du capital décès est à la charge de l'Etat. Les dépenses y afférentes sont liquidées et

payées par les administrations auxquelles appartiennent les intéressés.

Article D713-12

Le capital décès, majorations comprises, est versé aux ayants droit mentionnés à l'article D. 712-20.

Article D713-13

Le capital décès mentionné à la présente sous-section n'est pas soumis aux droits de mutation en cas de décès.

Article D713-14

Pour le calcul du capital décès des militaires résidant hors du territoire métropolitain, il est tenu compte pour l'application des articles D. 713-8 à D. 713-13 de la dernière solde annuelle d'activité que le militaire aurait perçue s'il avait été en service en métropole.

Section 3 : Cotisations.

Article D713-15

Sous réserve des dispositions de l'article D. 713-17, le taux de la cotisation à la charge de l'Etat, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité versées aux personnels relevant de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale, est fixé à 9,70 %. Cette cotisation est assise sur la solde soumise à retenue pour pension et sur la solde spéciale.

L'assiette de la cotisation due à la Caisse nationale des allocations familiales pour les intéressés est identique à celle fixée à l'alinéa précédent.

Article D713-16

Les cotisations dues par les militaires retraités ou leurs ayants cause, en application du deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1, dont le taux est fixé au 3° de l'article D. 711-5, sont assises sur les avantages de retraite versés aux intéressés dans la limite du plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 241-3.

Article D713-17

En application du deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1, le taux de la cotisation afférente à la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité à la charge des militaires en service ou en mission dans les territoires d'outre-mer est fixé à 1 %. Cette cotisation est précomptée sur les soldes des intéressés qui sont payées pour le net. Le taux de la cotisation à la charge de l'Etat pour ces militaires est fixé à 2,95 %.

Ces taux sont appliqués à la solde soumise à retenue pour pension et à la solde spéciale que percevraient les intéressés s'ils étaient en service en métropole.

Pour la couverture des prestations en nature, le taux de la cotisation due au titre des militaires en service ou en mission en Polynésie française, lorsqu'ils sont rémunérés sur le budget général de l'Etat ou sur le budget d'un établissement public de l'Etat ne présentant pas un caractère industriel et commercial, est fixé à 14,45 %, soit 9,70 % à la charge de l'Etat et 4,75 % à la charge de l'assuré en application du deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1.

Article D713-18

Les cotisations prévues à l'article D. 711-4, au premier alinéa de l'article D. 713-15 et à l'article D. 713-17 sont versées le 5 de chaque mois, au titre du mois précédent, à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale par les organismes payeurs des soldes des intéressés.

Section 4 : Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Article D713-20

Les dépenses résultant du contrôle médical sont à la charge de la caisse et donnent lieu, de ce fait, à annulation de dépenses ou fonds de concours au titre des chapitres budgétaires intéressés, selon les modalités à préciser par l'arrêté mentionné à l'article L. 713-16.

Article D713-21

La caisse nationale militaire de sécurité sociale est soumise au contrôle prévu par le décret n° 55-733 du 26 mai 1955 portant codification, en application de la loi n° 55-360 du 3 avril 1955, et aménagement des textes relatifs au contrôle économique et financier de l'Etat.

Article D713-21-1

En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement, en application des articles 29 à 31 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, des prestations qu'elle a versées à une personne relevant du présent régime qui a été victime d'un accident imputable en tout ou partie à un tiers, la Caisse nationale militaire de sécurité sociale perçoit une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable dont le montant est déterminé, sur la base de ces prestations, dans les conditions définies au cinquième alinéa de l'article L. 376-1.

Cette indemnité est établie et recouvrée dans les conditions définies aux articles 163 à 165 du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique.

Section 5 : Dispositions communes avec le régime des fonctionnaires.

Article D713-22

Les cotisations dues, en application du deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1, par les fonctionnaires et militaires de carrière retraités ou leurs ayants cause titulaires d'une pension de réversion et calculées conformément aux articles D. 711-5 (3°), D. 712-39 et D. 713-16 sont précomptées sur les arrérages des pensions servies aux intéressés, qui sont payés pour le net.

Article D713-23

Le produit de la cotisation mentionnée à l'article D. 713-22 est ordonnancé par le ministre chargé du budget :

- a) Le 5 de chaque mois, au titre du mois précédent, à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale ;
- b) Le 5 de chaque mois, au titre du mois précédent, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, par l'intermédiaire de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Les sommes versées dans les conditions prévues à l'alinéa précédent au titre d'une année déterminée peuvent faire l'objet d'une révision, lors de la publication du compte général de l'administration des finances concernant ladite année, d'après les paiements d'arrérages réellement constatés en dépense.

Section 6 : Dispositions d'application.

Article D713-24

Les bénéficiaires des soins du service de santé des armées sont soumis aux dispositions des articles L. 162-5 et L. 162-5-3 sous réserve des dispositions du présent article.

Lorsque les militaires consultent un médecin sur prescription d'un médecin du service de santé des armées, les dispositions relatives à la majoration de la participation, prévues au cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3, et aux dépassements d'honoraires, prévues au 18° de l'article L. 162-5, ne leur sont pas applicables.

Article D713-25

Conformément à l'article L. 162-5, les bénéficiaires des soins du service de santé des armées peuvent désigner comme médecin traitant un médecin du service de santé des armées.

Chapitre 5 : Dispositions diverses

Article D715-1

Les opérations effectuées par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en application du premier alinéa de l'article L. 715-1 relèvent d'un fonds spécial.

Ce fonds doit être équilibré en recettes et en dépenses.

Les recettes du fonds spécial sont constituées par :

1° Les cotisations visées au 1° du troisième alinéa de l'article L. 715-1 ;

2° La contribution visée au 2° du troisième alinéa de l'article L. 715-1 dont le montant est déterminé dans les conditions définies à l'article D. 715-2 ;

3° La contribution visée au 3° du troisième alinéa de l'article L. 715-1 dont le montant est déterminé dans les conditions définies à l'article D. 715-3 ;

4° Les recettes visées au 4° du troisième alinéa de l'article L. 715-1 ;

5° La contribution visée au 5° du troisième alinéa de l'article L. 715-1 dont le montant est calculé dans les conditions définies à l'article D. 715-4 ;

6° Les subventions visées au premier alinéa du paragraphe 7 de l'article 12 de la loi du 22 juillet 1922 modifiée relative aux retraites des agents des chemins de fer secondaires d'intérêt général, des chemins de fer d'intérêt local et des tramways ;

7° Les remboursements visés à l'article 6 du décret n° 55-1513 du 23 novembre 1955 ;

8° Les subventions visées à l'article L. 815-17 afférentes aux titulaires des prestations mentionnées aux 1° et 2° de l'alinéa suivant ;

9° Le remboursement visé à l'article D. 814-27 afférent aux titulaires des prestations mentionnées aux 1° et 2° de l'alinéa suivant.

Les dépenses du fonds spécial sont constituées par :

1° Les prestations servies en application des articles 12 à 17, 18 et 25 bis de la loi du 22 juillet 1922 susvisée ;

2° Les prestations servies en application des articles D. 173-1 à D. 173-11 et correspondant à des périodes d'affiliation au régime spécial de retraites institué par la loi du 22 juillet 1922 susvisée ;

3° Les majorations servies en application de l'article L. 814-2 aux titulaires des prestations visées aux 1° et 2° ci-dessus ;

4° Les allocations servies en application des articles L. 815-2 et L. 815-3 aux titulaires des prestations visées aux 1° et 2° ci-dessus ;

5° La contribution due en application du deuxième alinéa de l'article L. 814-5 au titre du régime spécial de retraites institué par la loi du 22 juillet 1922 susvisée ;

6° La contribution au Fonds national d'action sanitaire et sociale visé à l'article R. 251-14 (3°) correspondant aux prestations d'action sanitaire et sociale servies, dans les mêmes conditions que pour les retraités du régime général, aux titulaires des prestations mentionnées aux 1° et 2° ci-dessus ;

7° La contribution au Fonds national de gestion administrative visé à l'article R. 251-14 (4°) correspondant aux coûts des services administratifs de la Caisse nationale assurant la gestion des prestations et allocations visées aux 1°, 2°, 3°, 4° et 6° ci-dessus.

Article D715-2

Le montant de la contribution à la charge de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale prévue au 2° du troisième alinéa de l'article L. 715-1 correspond, pour un exercice, à une

fraction des cotisations qui lui sont affectées, au titre de cet exercice, en application de l'article L. 241-3, pour les personnels visés au premier alinéa de l'article 4 du décret n° 54-953 du 14 septembre 1954 modifié.

Cette fraction est égale au nombre d'années d'assurance postérieures au 30 juin 1930 correspondant aux avantages de droit direct et pensions de réversion servis au titre du régime spécial de retraites institué par la loi du 22 juillet 1922 ou en application des articles D. 173-1 à D. 173-11, rapporté au total de ce nombre et du nombre d'années d'assurance correspondant aux avantages de droit direct et pensions de réversion servis au titre de l'assurance vieillesse du régime général pour les personnels mentionnés à l'alinéa précédent.

Pour l'application de l'alinéa précédent, les années d'assurance rémunérées par une pension de réversion sont comptées en fonction du taux de cette pension, par rapport à l'avantage de droit direct, en vigueur dans chacun des deux régimes.

Le montant de la contribution à la charge de l'assurance vieillesse du régime général est imputé annuellement en recette de la gestion du fonds spécial visé à l'article D. 715-1.

Article D715-3

Le montant de la contribution de la Caisse autonome de retraites complémentaires et de prévoyance du transport (CARCEPT) prévue au 3° du troisième alinéa de l'article L. 715-1 est déterminé, au titre d'un exercice, dans les conditions fixées aux articles 11 bis (deuxième alinéa) et 14 du décret n° 55-1297 du 3 octobre 1955 modifié.

Des acomptes trimestriels, à valoir sur le montant de cette contribution, sont versés au plus tard le dernier jour du deuxième mois suivant chaque trimestre civil.

Le montant de ces acomptes trimestriels est déterminé sur la base, d'une part, des cotisations définies aux articles 11 bis (deuxième alinéa) et 14 du décret du 3 octobre 1955 susvisé encaissées au titre du trimestre précédent et, d'autre part, de l'évolution prévisionnelle du total des années de service visées au premier alinéa de cet article 14 déterminée par la Caisse autonome de retraites complémentaires et de prévoyance du transport et la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, chacune pour ce qui la concerne.

Lorsque le total des acomptes versés au titre d'un exercice diffère du montant de la contribution due par la CARCEPT pour cet exercice en application du premier alinéa, il est procédé à un ajustement au cours du premier semestre de l'exercice suivant.

Article D715-4

La contribution de l'Etat prévue au 5° du troisième alinéa de l'article L. 715-1 est due, au titre d'un exercice, si le total des recettes mentionnées du 1° au 4° et du 6° au 9° du troisième alinéa de l'article D. 715-1 et constatées pour cet exercice est inférieur au total des dépenses visées au

quatrième alinéa de l'article D. 715-1 qui ont été constatées pour ledit exercice. Le montant de cette contribution est alors égal à la différence entre ces deux sommes.

Lorsque le montant de la contribution de l'Etat versée au titre d'un exercice diffère de celui résultant de l'application de l'alinéa précédent, il est procédé à un ajustement au cours de l'exercice suivant.

La contribution de l'Etat est versée par quart, au plus tard le dernier jour du premier mois de chaque trimestre civil.

Article D715-5

Les cotisations visées au 1° du troisième alinéa de l'article L. 715-1 sont versées dans les vingt premiers jours du trimestre civil suivant celui auquel elles se rapportent.

En matière de recouvrement, sûretés, prescription, contrôle et contentieux relatifs auxdites cotisations, il est fait application des dispositions des chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II.

Article D715-6

Les recettes énumérées au 1° et du 3° au 9° du troisième alinéa de l'article D. 715-1 sont versées à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Pour le recouvrement des cotisations visées au 1° du troisième alinéa de l'article D. 715-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est assistée, en tant que de besoin, par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

Article D715-7

Les cotisations dues, en application des articles L. 242-13 (deuxième alinéa) et L. 711-2 (2°), par les titulaires des prestations visées aux 1° et 2° du quatrième alinéa de l'article D. 715-1 sont recouvrées dans les conditions définies à l'article L. 243-2.

Article D715-8

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés établit pour chaque exercice un état prévisionnel des recettes et des dépenses du fonds spécial visé à l'article D. 715-1. Cet état est communiqué aux ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et des transports et à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Article D715-9

La comptabilité de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés doit permettre de suivre distinctement les opérations afférentes à la gestion du fonds spécial visé à l'article D. 715-1 et intitulé assurance vieillesse des agents des chemins de fer secondaires d'intérêt général, des chemins de fer d'intérêt local et des tramways.

Article D715-10

Les opérations de trésorerie afférentes à la gestion du fonds spécial visé à l'article D. 715-1 sont assurées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans le cadre de la gestion commune de la trésorerie du régime général.

Article D715-11

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés communique à la Caisse autonome de retraites complémentaires et de prévoyance du transport les informations nécessaires à cette dernière pour le calcul de la contribution à sa charge.

La Caisse autonome de retraites complémentaires et de prévoyance du transport communique à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés les informations nécessaires à cette dernière pour le calcul de la contribution à la charge de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 2 : Régimes divers de non-salariés et assimilés

Chapitre 2 : Régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (maladie, maternité, décès)

Section 1 : Champ d'application - Affiliation.

Article D722-1

Les personnes mentionnées aux articles L. 722-1, L. 722-2 et L. 722-3 sont immatriculées à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est située leur résidence.

L'immatriculation est effectuée, soit à la demande des intéressés, soit d'office par la caisse primaire d'assurance maladie.

La caisse primaire d'assurance maladie notifie l'immatriculation des personnes mentionnées aux articles L. 722-2 et L. 722-3 à la section professionnelle de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales dont elles relèvent.

Section 2 : Financement - Cotisations.

Article D722-2

Pour l'application de l'article L. 722-4 :

1°) la cotisation due par les assurés mentionnés à l'article L. 722-1 est assise sur le montant du revenu d'activité défini à l'article L. 131-6 qu'ils ont tiré de l'exercice en clientèle privée de leur profession ;

2°) la cotisation due par les assurés mentionnés aux articles L. 722-2 et L. 722-3 est assise sur le montant des allocations de vieillesse dont ils sont titulaires.

Article D722-3

I. # Le taux de la cotisation prévue à l'article L. 722-4 est fixé :

1° A 9,80 % pour les assurés mentionnés à l'article L. 722-1 ;

2° A 3,2 % pour les assurés mentionnés aux articles L. 722-2 et L. 722-3 relevant du deuxième alinéa de l'article L. 131-9.

II. # Le taux de la cotisation additionnelle instituée par l'article L. 612-3 est fixé à 0,01 %. Cette cotisation est assise et recouvrée dans les mêmes conditions et en même temps que la cotisation prévue à l'article L. 722-4.

Article D722-4

La cotisation est due par les assurés mentionnés à l'article L. 722-1 pour la période du 1er mai au 30 avril de l'année suivante. Elle est versée annuellement à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ou, à défaut, à la caisse primaire d'assurance maladie. Toutefois, les assurés peuvent demander à s'acquitter de leur cotisation en quatre fractions trimestrielles égales.

La cotisation due par l'assuré qui, en application de l'article R. 722-1, est affilié au régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés postérieurement au 1er mai, est due à compter de la date de l'affiliation.

Le montant de la cotisation est réduit, dans ce cas, au prorata de la période comprise entre la date de l'affiliation et le 1er mai suivant.

La cotisation due par les assurés mentionnés aux articles L. 722-2 et L. 722-3 est précomptée sur les arrérages de l'allocation de vieillesse dont ils sont titulaires dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ce même arrêté fixe les conditions dans lesquelles la cotisation ainsi précomptée sera versée à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article D722-5

Les praticiens et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 722-1 sont, pour la fixation de la cotisation, tenus de fournir, chaque année avant le 1er avril, une déclaration de leurs revenus professionnels non salariés à l'union de recouvrement ou, à défaut, à la caisse primaire d'assurance maladie dont ils relèvent.

Cette déclaration doit comporter le montant des revenus nets, tels qu'ils sont retenus par l'administration fiscale pour l'établissement de l'impôt sur le revenu au titre de l'année civile antérieure de deux ans à celle de la déclaration.

Article D722-6

La cotisation due la première année d'activité est calculée sur la base d'un revenu fixé forfaitairement à la moitié du plafond prévu par l'article L. 241-3 en ce qui concerne les médecins et chirurgiens-dentistes, et au tiers de ce plafond en ce qui concerne les sages-femmes et les auxiliaires médicaux.

Les bases forfaitaires prévues à l'alinéa précédent sont, la seconde année d'activité, portées respectivement aux deux tiers du plafond en ce qui concerne les médecins et chirurgiens-dentistes et à la moitié de ce plafond en ce qui concerne les sages-femmes et les auxiliaires médicaux.

La cotisation due la troisième année d'activité est calculée, lorsque l'année civile de référence est incomplète, sur une assiette constituée du revenu réel déclaré et, pour chaque mois entier d'inactivité au cours de la période de référence, du plafond mensuel correspondant de l'année d'appel de la cotisation, en ce qui concerne les médecins et chirurgiens-dentistes. En ce qui concerne les sages-femmes et les auxiliaires médicaux, ce plafond n'est pris en compte qu'à concurrence des deux tiers.

Pour l'application des premier et deuxième alinéas du présent article, le plafond à retenir est égal à la somme des plafonds mensuels applicables aux salariés, au cours de l'année civile comprenant le début de la période mentionnée au premier alinéa de l'article D. 722-4.

Article D722-7

La cotisation d'assurance maladie cesse d'être due à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la date à laquelle l'assuré fait connaître à l'organisme de recouvrement qu'il a cessé son activité. Cette disposition ne s'applique pas en cas de sanction comportant interdiction de donner des soins aux assurés sociaux.

En cas de reprise ultérieure d'activité, la cotisation est due à compter du premier jour du trimestre civil au cours duquel se situe cette reprise d'activité. Si celle-ci intervient dans le délai d'un an suivant la cessation d'activité, la cotisation afférente à la période d'interruption reste intégralement due ; elle est calculée sur l'assiette définie au second alinéa de l'article D. 722-5.

Lorsque la reprise d'activité intervient plus d'un an après la cessation d'activité et dans l'année civile suivante, les cotisations dues pour chacune des périodes d'un an débutant le 1er mai des deux premières années civiles qui suivent celle de la reprise d'activité sont calculées comme il est dit au troisième alinéa de l'article D. 722-6.

La reprise d'activité qui intervient postérieurement au 31 décembre de l'année civile qui suit celle de la cessation d'activité est assimilée à un début d'activité pour le calcul de la cotisation.

Article D722-8

Par dérogation aux dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article D. 722-7, la reprise d'activité est, quelle qu'en soit la date, assimilée à un début d'activité pour le calcul des cotisations lorsque la cessation d'activité est intervenue pour raison de santé, ou par suite d'appel ou de rappel sous les drapeaux et qu'il est justifié de la cession du cabinet au cours de la période d'inactivité.

La dérogation prévue au premier alinéa est applicable aux assurés mentionnés au 4° du premier alinéa de l'article L. 722-1 quand la cessation d'activité est intervenue au cours de leur période d'internat.

Article D722-9

L'assuré qui n'a pas souscrit la déclaration de revenus prévue à l'article D. 722-5 est redevable d'une cotisation provisoire calculée et notifiée conformément aux dispositions de l'article R. 242-14.

La cotisation effectivement due par l'assuré qui a souscrit avec retard la déclaration mentionnée au premier alinéa est assortie d'une pénalité calculée et recouvrée dans les conditions prévues à l'article R. 242-14. Cette pénalité peut être remise, totalement ou partiellement, dans les conditions prévues aux articles R. 243-19-1, R. 243-20 et R. 243-20-1. Elle peut également donner lieu à sursis à poursuites accordés par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement, sous réserve qu'ils soient assortis de garanties du débiteur.

Article D722-10

Les praticiens et auxiliaires médicaux qui relèvent, au titre d'une activité salariée ou assimilée, du régime général de sécurité sociale ou d'un régime spécial prévu à l'article L. 711-1 sont redevables de la cotisation prévue à la présente section.

Article D722-11

La cotisation due par les assurés en activité est payable chaque année et d'avance avant le 1er juin.

En cas de fractionnement prévu à l'article D. 722-4, les cotisations sont payables respectivement avant les 1er juin, 1er septembre, 1er décembre et 1er mars. Lors de l'affiliation d'un assuré, les cotisations dues au prorata de la période s'écoulant entre la date d'effet de l'affiliation et la plus prochaine échéance sont versées à cette échéance.

En cas de non-paiement à l'échéance fixée ci-dessus, il est fait application, à l'encontre des assurés, des majorations prévues par l'article R. 243-18, qui peuvent faire l'objet d'une remise totale ou partielle sous les conditions et limites prévues aux articles R. 243-19-1, R. 243-20, R. 243-20-1 et de sursis à poursuites dans les conditions prévues à l'article R. 243-21.

Article D722-12

En cas de non-paiement des cotisations, ainsi qu'éventuellement des majorations de retard, l'union de recouvrement ou la caisse primaire d'assurance maladie peut utiliser les procédures de recouvrement forcé prévues aux articles R. 133-1 à R. 133-3, R. 244-4, R. 244-5 et R. 244-7.

Article D722-13

L'assuré qui cesse d'appartenir au régime d'assurance maladie, maternité, décès prévu au présent chapitre, pour relever du régime des travailleurs non salariés non agricoles institué par le titre I du livre VI ou réciproquement a droit, le cas échéant, au remboursement du prorata de la cotisation personnelle qu'il a acquittée d'avance au titre de ces régimes pour la période restant à courir à compter du premier jour du mois au cours duquel il cesse d'être pris en charge par le régime dont il cesse de relever.

La cotisation additionnelle instituée par l'article L. 612-3 est remboursée dans la même proportion que la cotisation prévue à l'alinéa précédent et dans les conditions déterminées par l'arrêté interministériel prévu audit article.

Les dispositions qui précèdent s'appliquent également aux praticiens et auxiliaires médicaux lorsqu'ils cessent d'appartenir au régime d'assurance maladie, maternité, décès, prévu au présent chapitre pour relever d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie.

Section 3 : Prestations.

Article D722-14

Le droit aux prestations est ouvert à la date de l'affiliation comportant obligation de cotiser, sous réserve de l'application du dernier alinéa de l'article L. 722-6.

En ce qui concerne les prestations de l'assurance maternité, la charge en incombe, sous réserve des conditions d'ouverture des droits, au régime d'affiliation à la date de la première constatation médicale de la grossesse.

Pour l'ouverture du droit aux prestations en nature de l'assurance maternité de l'assuré qui cesse d'appartenir au régime d'assurance maladie, maternité, décès prévu au présent chapitre, et qui, sans interruption, relève soit du régime prévu au titre III du livre III du présent code, soit du régime prévu au chapitre 2 du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, chaque journée d'affiliation au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés est considérée comme équivalant à six heures de travail salarié.

Article D722-15

Les modalités d'application des articles L. 722-8 à L. 722-8-3 sont celles prévues aux articles D. 613-4-1, D. 613-4-2 à l'exception du 1°, D. 613-4-4 à l'exception des premier et deuxième alinéas et aux articles D. 613-6 à D. 613-13.

Pour l'application de ces dispositions aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés et à leurs conjoints collaborateurs, la référence à la caisse primaire d'assurance maladie est substituée à la référence à l'organisme conventionné et la référence au praticien ou auxiliaire médical est substituée à la référence au chef d'entreprise.

Article D722-15-1

L'allocation forfaitaire de repos maternel prévue au premier alinéa de l'article L. 722-8-1 est égale à deux fois le montant du salaire minimum de croissance prévu aux articles L. 141-1 et suivants du code du travail.

Article D722-15-2

L'indemnité journalière forfaitaire prévue au deuxième alinéa de l'article L. 722-8 est versée pendant une période qui débute six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix semaines après celui-ci, sous réserve de cesser toute activité rémunérée durant la période d'indemnisation et pendant au moins huit semaines, dont deux semaines avant l'accouchement.

En cas de naissances multiples, 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.

Lorsque l'assurée elle-même ou le ménage assume déjà la charge d'au moins deux enfants dans les conditions prévues aux premier et troisième alinéas de l'article L. 521-2, ou lorsque l'assurée a déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables, la période d'indemnisation prévue au premier alinéa est portée à huit semaines avant la date présumée de l'accouchement et dix-huit semaines après celui-ci. La période d'indemnisation antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de deux semaines ; la période d'indemnisation postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant.

Les périodes de congé prénatal prévues aux alinéas précédents qui n'ont pas été prises ne peuvent pas être reportées sur le congé postnatal.

Article D722-15-3

Quand l'accouchement a lieu avant la date présumée, les périodes d'indemnisation prévues à l'article D. 722-15-2 ne sont pas réduites de ce fait.

En cas d'accouchement plus de six semaines avant la date présumée exigeant l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la période d'indemnisation prénatale est augmentée du nombre de jours courant de la date réelle de l'accouchement au début du congé de la mère.

Article D722-15-4

Par dérogation aux durées fixées à l'article D. 722-15-2, l'indemnité journalière forfaitaire peut également être attribuée, sur prescription médicale, au cours de la période prénatale, en cas d'état pathologique résultant de la grossesse, pendant une durée supplémentaire n'excédant pas deux semaines. La cessation d'activité à laquelle correspond cette indemnité peut être prescrit à partir de la déclaration de grossesse.

Dans le cas où l'enfant est resté hospitalisé jusqu'à l'expiration de la sixième semaine suivant l'accouchement, l'assurée peut demander le report, à la date de la fin de l'hospitalisation de l'enfant, de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle elle peut encore prétendre en application de l'article D. 722-15-2. Toutefois, pour l'assurée bénéficiaire de la période supplémentaire de congé prénatal prévue au second alinéa de l'article D. 722-15-3, la possibilité de report du reliquat de congé ne lui est ouverte qu'après consommation de cette période.

Article D722-15-5

Le caractère effectif de la cessation de toute activité rémunérée ouvrant droit à l'indemnité mentionnée à l'article D. 722-15-2 donne lieu à une déclaration sur l'honneur de l'assurée, accompagnée d'un certificat médical attestant de la durée de l'arrêt de travail.

Article D722-16

Le capital décès versé dans les conditions prévues aux articles L. 361-1 et L. 361-4 est égal au quart du revenu ayant servi au calcul de la cotisation, sans toutefois pouvoir être inférieur à 1 p. 100 du montant du plafond prévu par l'article L. 241-3 applicable au jour du décès, ni supérieur au quart dudit plafond.

Article D722-17

En application du dernier alinéa de l'article L. 722-6, les prestations ne sont servies que sur justification de l'acquittement des cotisations soit à la date des soins dont le remboursement est demandé, soit à la date de la première constatation médicale de la grossesse, soit à la date de l'interruption d'activité ou de collaboration ouvrant droit à indemnisation dans les conditions prévues aux articles L. 722-8 à L. 722-8-3, soit à la date du décès.

Chapitre 3 : Régime des avocats (assurance vieillesse et invalidité-décès)

Section 1 : Organisation administrative et financière

Sous-section 1 : Organisation administrative

Article D723-1

Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 723-6-1, la Caisse nationale des barreaux français assume les compétences dévolues aux organismes chargés du recouvrement des cotisations au régime général.

Sous-section 2 : Ressources

Article D723-2-0

Le taux de la cotisation proportionnelle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 723-5 est fixé, dans la limite de sept fois la première tranche de revenus du régime de retraite complémentaire mentionné à l'article L. 723-14, à :

- a) 2,03 % pour l'année 2012 ;
- b) 2,20 % pour l'année 2013 ;
- c) 2,30 % pour l'année 2014 ;
- d) 2,40 % pour l'année 2015 ;
- e) 2,50 % à compter de l'année 2016.

Article D723-2

Pour l'application des articles L. 723-5 et L. 723-6-1 aux avocats visés à l'article L. 311-3 (19°), une quote-part fixée à 40 p. 100 du montant de la cotisation est à la charge du salarié.

Section 3 : Prestations

Article D723-3

La pension prévue à l'article L. 723-10 peut être liquidée avant l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 pour les assurés qui justifient, dans le régime d'assurance vieillesse de base des avocats et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, de périodes d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes d'une durée minimale au moins égale à celle fixée au premier alinéa de l'article D. 351-1-1, à l'âge et dans les conditions fixées audit article et selon les modalités fixées aux articles D. 351-1-2 et D. 351-1-3.

Article D723-4

Pour l'exercice de la faculté de versement de cotisations prévue à l'article L. 723-10-3, sont applicables les dispositions des articles D. 351-3 à D. 351-6 et D. 351-10 à D. 351-14 sous réserve des dispositions suivantes :

1° La référence au régime d'assurance vieillesse des avocats est substituée à la référence au régime général de sécurité sociale ;

2° La référence à l'article L. 723-10-3 est substituée à la référence à l'article L. 351-14-1 ;

3° La référence au 1° de l'article L. 723-10-3 est substituée à la référence au 1° de l'article L. 351-14-1 ;

4° Abrogé ;

5° Au dernier alinéa de l'article D. 351-4, la référence à la Caisse nationale des barreaux français est substituée à la référence à la caisse visée à cet alinéa ;

6° La référence à l'article D. 723-5 est substituée à la référence à l'article D. 351-7 ;

7° La référence à l'article D. 723-6 est substituée à la référence à l'article D. 351-8 ;

8° La référence à l'article D. 723-7 est substituée à la référence à l'article D. 351-9.

Article D723-5

Le versement prévu à l'article L. 723-10-3 peut être pris en compte :

1° Soit en vue de l'atténuation du coefficient de minoration prévu à l'article R. 723-38 et sans que le versement soit pris en compte dans la durée d'assurance prévue au 1° de l'article R. 723-37 ;

2° Soit en vue de l'atténuation du coefficient de minoration prévu à l'article R. 723-38 et avec prise en compte du versement dans la durée d'assurance prévue au 1° de l'article R. 723-37.

Le choix de l'assuré est exprimé dans la demande et est irrévocable.

Article D723-6

En vue d'assurer la neutralité actuarielle du versement prévu à l'article L. 723-10-3, le montant du versement à effectuer au titre de chaque trimestre est égal, pour un âge donné, à la valeur, actualisée à l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande et majorée d'un coefficient forfaitaire représentatif des avantages de réversion, de la différence entre :

1° S'il est effectué au titre du 1° de l'article D. 723-5, d'une part, la somme actualisée d'une pension de référence liquidée trimestriellement, à terme échu, à l'âge de référence fixé au 3° de l'article D. 723-7 et égale au produit du montant annuel de la pension de retraite de base fixé en application de l'article R. 723-43, revalorisée par l'application du coefficient mentionné au 3° de l'article D. 723-6, par un rapport égal à 166/167 et minorée de 1,25 % ;

2° S'il est effectué au titre du 2° de l'article D. 723-5, d'une part, la somme actualisée d'une pension de référence liquidée trimestriellement, à terme échu, à l'âge de référence fixé au 3° de l'article D. 723-7 et égale au montant annuel de la pension de retraite de base fixé en application de l'article R. 723-43, revalorisée par l'application du coefficient mentionné au 3° de l'article D. 723-6 et, d'autre part, la somme actualisée de cette même pension multipliée par un rapport égal à 166/167 et minorée de 1,25 %.

3° Les modalités prévues au II de l'article D. 351-8 sont applicables à l'actualisation prévue au présent article, sous réserve :

a) De la prise en compte, pour les assurés âgés de plus de soixante-deux ans, d'un taux diminué de 0,05 point par année d'âge à partir du taux fixé au c dudit II ;

b) (supprimé).

Article D723-7

Pour l'application de l'article D. 723-6, la valeur d'un trimestre est déterminée sur la base des paramètres et en application des formules suivantes :

1° Le coefficient forfaitaire visé au premier alinéa de l'article D. 723-6 est égal au coefficient fixé en application du 2° de l'article D. 351-9 ;

2° Les coefficients viagers pris en compte dans la formule ci-après sont ceux déterminés en

application du 3° de l'article D. 351-9 ;

3° La valeur d'un trimestre est déterminée, selon l'option prévue à l'article D. 723-5 précité, par l'application de la formule suivante :

a) Au titre du 1° de l'article D. 723-5 :

(Formule non reproduite)

b) Au titre du 2° de l'article D. 723-5 :

(Formule non reproduite)

où :

P est le montant de la pension de retraite de base fixée en application de l'article R. 723-43 du code de la sécurité sociale et revalorisée, pour les années postérieures à 2004, par application du taux de majoration fixé au 1° de l'article D. 351-9 ;

C est le coefficient de minoration fixé au c du 4° de l'article D. 351-9 ;

D est la durée maximale d'assurance fixée au c du 4° de l'article D. 351-9 ;

E est le terme actuariel défini comme correspondant à la rente viagère trimestrielle à terme échu égale à une unité pour un intéressé d'âge B et un différé égal à A-B, déterminé selon la formule suivante :

(Formule non reproduite)

i est le taux d'actualisation fixé en application du II de l'article D. 351-8 et du a du 3° de l'article D. 723-6 ;

k est un coefficient dont la valeur varie en fonction de l'âge de l'assuré à la date à laquelle il présente sa demande :

de 0 à 51 pour les assurés âgés de 66 ans ;

de 0 à 52 pour les assurés âgés de 65 ans ;

de 0 à 53 pour les assurés âgés de 64 ans ;

de 0 à 54 pour les assurés âgés de 63 ans ;

de 0 à 55 pour les assurés âgés de 62 ans ou moins ;

A est l'âge de référence fixé, en fonction de l'âge de l'assuré à la date à laquelle il présente sa demande, à :

66 ans pour les assurés âgés de 66 ans ;

65 ans pour les assurés âgés de 65 ans ;

64 ans pour les assurés âgés de 64 ans ;

63 ans pour les assurés âgés de 63 ans ;

62 ans pour les assurés âgés de 62 ans ou moins ;

B est l'âge atteint par l'assuré à la date à laquelle il présente sa demande ;

L (A + k) est l'effectif à l'âge (A + k) de la génération à laquelle appartient l'assuré, indiqué par les tables mentionnées au 3° de l'article D. 351-9 ;

L (A) est l'effectif à l'âge A de la génération à laquelle appartient l'assuré, indiqué par les tables mentionnées au 3° de l'article D. 351-9 ;

L (B) est l'effectif à l'âge B de la génération à laquelle appartient l'assuré, indiqué par les tables mentionnées au 3° de l'article D. 351-9.

Article D723-8

Les conditions d'âge, d'incapacité, de durée d'assurance et les pièces justificatives requises pour l'application du III de l'article L. 723-10-1 sont celles fixées aux articles D. 351-1-5 et D. 351-1-6.

Article D723-9

La pension de retraite des assurés handicapés mentionnée au III de l'article L. 723-10-1 est majorée dans les conditions prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article D. 351-1-5. La majoration s'ajoute, le cas échéant, aux montants visés aux 2° et 3° de l'article R. 723-37.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 3 : Dispositions communes aux régimes complémentaires de salariés

Chapitre 1er : Constitution et fonctionnement des régimes complémentaires de salariés.

Article D731-1

Les règlements des institutions de prévoyance mentionnées à l'article R. 731-2 (5°), autorisées à réaliser des opérations relatives aux plans d'épargne en vue de la retraite, doivent comporter des clauses relatives à l'exercice de la faculté de renonciation des participants, à leur valeur de réduction et de rachat et à la participation aux résultats des participants telles que définies aux articles D. 731-2 à D. 731-6 et dans les arrêtés pris pour leur application.

Article D731-2

Toute personne physique qui a signé une proposition ou un contrat visant à lui offrir un avantage individuel de prévoyance a la faculté d'y renoncer, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pendant un délai de trente jours courant à compter du premier versement ou paiement.

La proposition comprend à cet effet un modèle de lettre type destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation. L'institution de prévoyance mentionnée à l'article R. 731-2 (5°) doit en outre remettre, contre récépissé, une note d'information comportant des indications précises et claires sur les dispositions essentielles du contrat ainsi que sur les conditions d'exercice de la faculté de renonciation. Le défaut de remise des documents énumérés au présent alinéa entraîne de plein droit la prorogation du délai prévu à l'alinéa ci-dessus pendant trente jours à compter de la date de la remise effective de ces documents.

La renonciation entraîne la restitution par l'institution de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans un délai maximal de trente jours courant à compter de la réception de la lettre recommandée. Les intérêts de retard au taux légal courent de plein droit à l'expiration de ce délai.

Article D731-3

Toute personne physique qui a signé un contrat visant à lui offrir un avantage individuel de prévoyance ayant un caractère d'épargne peut demander à l'interrompre et, le cas échéant, à recouvrer les sommes versées dès lors que celles-ci l'ont été pendant au moins deux années.

Une pénalité peut être rattachée à la valeur de réduction et à la valeur de rachat ; elle ne peut excéder un taux fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Dès la signature du contrat, l'institution de prévoyance mentionnée à l'article R. 731-2 (5°) informe le contractant de ces dispositions et lui communique au moins une fois par an le montant de la valeur de réduction et de la valeur de rachat du contrat ; celles-ci sont déterminées en fonction des provisions mathématiques constituées.

Sauf dans le cas de circonstances exceptionnelles constaté par décret, la valeur de réduction ou la valeur de rachat du contrat est versée au contractant dans un délai de deux mois courant à partir de sa demande. Les intérêts de retard au taux légal courent de plein droit à compter de l'expiration de ce délai.

Article D731-4

Les contrats relatifs au plan d'épargne en vue de la retraite donnent obligatoirement lieu à engagement de l'institution.

Article D731-5

Les contrats réalisés au titre du plan d'épargne en vue de la retraite prévoient une participation des participants aux produits techniques et financiers.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les conditions d'application du présent article, et notamment le montant minimal de cette participation et le délai dans lequel elle est attribuée au bénéficiaire.

Article D731-6

Les contrats relatifs au plan d'épargne en vue de la retraite ne peuvent comporter d'engagement excédant le taux technique figurant dans leur règlement et défini sur la base des éléments visés à

l'article R. 731-34.

Chapitre 2 : Prestations

Article D732-1

Il est alloué aux membres de la commission instituée par l'article L. 951-1 une indemnité forfaitaire, par séance effectivement tenue, dans la limite de vingt-six séances par membre et par an. Une indemnité mensuelle est, en outre, allouée au président de la commission.

Article D732-2

Le président de la commission peut faire appel à des rapporteurs extérieurs qui perçoivent pour les dossiers qu'ils rapportent une rémunération égale au produit d'un nombre de vacations horaires par le taux unitaire de ces vacations.

Le nombre de vacations alloué par dossier est fixé par le président de la commission.

Le taux unitaire des vacations est fixé à 1/1 000 du traitement brut annuel afférent à l'indice brut 494 soumis à retenue pour pension.

Ces vacations sont exclusives de toute autre rémunération pour travaux effectués pour le compte du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D732-3

Le montant des indemnités allouées au président et aux membres de la commission et le nombre maximum annuel de vacations susceptibles d'être allouées à un même rapporteur, en application des articles précédents, sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de la fonction publique.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 4 : Assurance personnelle - Assurance volontaire

Chapitre 2 : Assurance volontaire vieillesse et assurance volontaire invalidité

Section 1 : Dispositions concernant le régime des salariés

Sous-section 4 : Personnes chargées de famille

Paragraphe 1 : Dispositions communes à la personne chargée de famille résidant en France et hors de France.

Article D742-1

La situation de famille mentionnée au 2° du troisième alinéa de l'article L. 742-1 est celle de la personne qui se consacre à l'éducation d'au moins un enfant à la charge de son foyer et âgé de moins de vingt ans à la date de la demande d'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse.

La durée minimale prévue au 2° de l'article L. 742-1 est de cinq années.

Article D742-2

La personne chargée de famille qui exerce une activité professionnelle, salariée ou non salariée, cesse d'être affiliée à l'assurance volontaire.

Toutefois, l'assurée volontaire qui cesse de remplir la condition de famille fixée à l'article D. 742-1 peut rester affiliée à l'assurance volontaire.

Article D742-3

La cotisation due par les personnes mentionnées au 2° du troisième alinéa de l'article L. 742-1 est calculée en retenant :

1°) le taux cumulé de la cotisation patronale et ouvrière en vigueur dans le régime général de sécurité sociale pour la couverture des risques vieillesse et veuvage ;

2°) Une assiette forfaitaire égale, pour chaque trimestre d'une année, au produit du montant du salaire horaire minimum de croissance par cinq cent sept. Le salaire horaire minimum de croissance mentionné ci-dessus est celui en vigueur au 1er janvier de l'année civile considérée.

Article D742-4

L'adhésion à l'assurance volontaire prend effet au premier jour du trimestre civil suivant le dépôt de la demande.

Paragraphe 2 : Dispositions concernant la personne chargée de famille résidant en France.

Article D742-5

Les dispositions des articles R. 742-1 à R. 742-7 sont applicables, aux conditions fixées à la présente sous-section, aux personnes chargées de famille mentionnées par le 2° du troisième alinéa de l'article L. 742-1 et résidant en France.

Paragraphe 3 : Dispositions concernant la personne chargée de famille résidant hors de France.

Article D742-6

En application du 2° du troisième alinéa de l'article L. 742-1, la personne chargée de famille résidant hors du territoire français qui ne relève pas à titre personnel du régime d'assurance volontaire français, qui n'exerce aucune activité professionnelle et dont la situation de famille est celle mentionnée à l'article D. 742-1 peut s'assurer volontairement pour le risque vieillesse.

Pour s'assurer volontairement, l'intéressée adresse à la caisse des Français de l'étranger une demande d'adhésion accompagnée des pièces justificatives suivantes :

1°) pour justifier de son identité et de sa nationalité, une photocopie certifiée conforme par les autorités consulaires de la carte nationale d'identité ou une photocopie certifiée conforme du certificat de nationalité ;

2°) pour justifier de l'absence d'activité professionnelle, notamment une photocopie de la déclaration de revenus du ménage ;

3°) pour justifier de l'âge de l'enfant, une fiche d'état civil et tout document attestant que l'enfant vit au foyer de l'intéressée.

Article D742-7

Les cotisations sont payables d'avance à la caisse des Français de l'étranger dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil. Elles sont exigibles à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande d'affiliation à l'assurance volontaire. Le règlement des cotisations donne lieu à l'envoi ou à la remise par la caisse des Français de l'étranger d'une quittance valant attestation de paiement.

Les cotisations peuvent être réglées d'avance, pour l'année civile entière, à la demande des redevables.

Article D742-8

L'immatriculation est faite à la diligence de la caisse des Français de l'étranger qui reçoit et instruit la demande et porte à la connaissance des intéressés le montant des cotisations trimestrielles à payer.

Article D742-9

Les personnes mentionnées au 2° du troisième alinéa de l'article L. 742-1 peuvent désigner un mandataire résidant dans la métropole et chargé, par elles, d'accomplir les formalités de demandes d'immatriculation et de versement des cotisations.

Article D742-10

L'assurée qui s'abstient de verser la cotisation trimestrielle à l'échéance prescrite au premier alinéa de l'article D. 742-7 est radiée de l'assurance volontaire. Toutefois, la radiation ne peut être effectuée qu'après envoi, par la caisse des Français de l'étranger, d'un avertissement par lettre recommandée, invitant l'intéressée à régulariser sa situation dans le délai d'un mois à compter de la

réception de l'avertissement préalable.

Article D742-11

L'assurée volontaire a la faculté de demander la résiliation de son assurance par simple lettre adressée à la caisse des Français de l'étranger. La radiation prend effet à compter du premier jour du mois qui suit la demande et comporte, le cas échéant, remboursement partiel des cotisations acquittées au titre du trimestre ou de l'année civile considérée.

Article D742-12

En cas de radiation ou de résiliation, les périodes au cours desquelles les cotisations ont été acquittées entrent en ligne de compte pour l'ouverture du droit à pension de vieillesse et pour le calcul de ladite pension.

Paragraphe 4 : Dispositions relatives à l'assurance volontaire invalidité parentale.

Article D742-12-1

En application du quatrième alinéa de l'article L. 742-1, la situation de famille requise pour s'assurer volontairement pour le risque invalidité est la même que celle définie à l'article D. 742-1.

Article D742-12-2

Pour recevoir une pension d'invalidité, l'assuré doit justifier d'une durée minimum d'assurance de douze mois consécutifs à la date de la constatation de l'invalidité.

Article D742-12-3

Pour bénéficier de l'assurance volontaire invalidité parentale, la personne chargée de famille, non couverte à ce titre lors de la demande, ne doit pas à cette date être atteinte d'une affection congénitale ou acquise invalidante.

L'acceptation de la demande d'adhésion à l'assurance volontaire invalidité parentale est à cette fin

subordonnée à la réponse à un questionnaire sur l'honneur par l'intéressée et à un questionnaire établi par un médecin sur l'état de santé de l'intéressée et les diverses affections dont elle a été atteinte.

La caisse notifie sa décision après avis du service du contrôle médical qui dispose d'un délai de trois mois à compter de la réception de ladite demande pour faire procéder, s'il le juge utile, à un examen médical. Les honoraires et les frais se rapportant à cet examen médical sont à la charge de la caisse.

Article D742-12-4

Pour l'application de l'article L. 341-1, la capacité de travail est appréciée par rapport à l'activité de la personne au foyer chargée de famille et la capacité de gain, s'agissant d'un assuré n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle, est appréciée par rapport à une rémunération égale, par mois, au salaire minimum interprofessionnel de croissance défini aux articles L. 141-1 à L. 141-9 du code du travail multiplié par 169.

Section 2 : Dispositions concernant les régimes des non salariés non-agricoles

Sous-section 1 : Dispositions communes aux trois régimes.

Article D742-13

La validation des périodes d'activité professionnelle antérieure à la mise en vigueur du régime d'assurance vieillesse dont relève l'activité exercée par l'intéressé est effectuée dans les conditions prévues par la réglementation applicable en métropole à ce régime.

Toutefois, cette validation est subordonnée au versement d'un montant de cotisations égal à celui des cotisations prévues au premier alinéa de l'article L. 634-2-2 pour une activité professionnelle énumérée à l'article L. 622-3 et L. 622-4 ou au premier alinéa de l'article L. 643-2 pour une activité professionnelle énumérée à l'article L. 622-5.

Pour les assurés âgés de soixante-sept ans ou plus à la date de présentation de leur demande de rachat, le montant des cotisations est égal au montant des cotisations prévues par l'alinéa précédent pour les assurés âgés de soixante-deux ans, diminué de 2,5 % par année révolue au-delà de cet âge.

Article D742-14

Les demandes d'adhésion à l'assurance volontaire prévues par l'article L. 742-6 doivent être présentées dans un délai de dix ans à compter du premier jour de l'exercice de l'activité à l'étranger. Les personnes mentionnées à l'article L. 742-7 doivent présenter leur demande dans un délai de dix ans à compter du dernier jour de l'exercice de leur activité à l'étranger, ou de celle de leur conjoint

décédé.

Article D742-15

La durée minimale prévue au 1° de l'article L. 742-6 et aux deux premiers alinéas de l'article L. 742-7 est de cinq années.

Le montant des cotisations dues au titre du rachat prévu à l'article L. 742-7 est égal à celui des cotisations prévues au premier alinéa de l'article L. 634-2-2 pour une activité professionnelle énumérée à l'article L. 622-3 et L. 622-4 ou au premier alinéa de l'article L. 643-2 pour une activité professionnelle énumérée à l'article L. 622-5.

Pour les assurés âgés de soixante-sept ans ou plus à la date de présentation de leur demande de rachat, le montant des cotisations est égal au montant des cotisations prévues par l'alinéa précédent pour les assurés âgés de soixante-deux ans, diminué de 2,5 % par année révolue au-delà de cet âge.

Le versement des cotisations dues peut être échelonné dans les mêmes conditions que le versement des cotisations prévues à l'article L. 634-2-2 ou à l'article L. 643-2. Il peut être mis fin au versement dans les mêmes conditions que pour le versement des cotisations prévues à l'article L. 634-2-2 ou à l'article L. 643-2.

La mise en paiement des pensions ou rentes liquidées en faveur des intéressés est ajournée jusqu'au moment où le versement des cotisations dont il s'agit est terminé.

Article D742-16

Les demandes d'adhésion à l'assurance volontaire et les demandes de validation sont adressées à la caisse désignée dans chaque organisation par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D742-17-1

Les assurés ayant au moins l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 à la date de dépôt de leur demande de rachat peuvent obtenir la liquidation de leurs droits à l'assurance vieillesse à compter, au plus tôt, du premier jour du mois suivant la date de ce dépôt, sous réserve que leur demande d'affiliation à l'assurance volontaire ait été présentée dans le délai fixé à l'article D. 742-14 et que leur demande de pension ait été formée dans les six mois suivant la notification par la caisse compétente de leur admission au rachat de cotisations d'assurance volontaire vieillesse.

Les prestations de vieillesse sont révisées avec effet au premier jour du mois civil suivant la date de la demande de rachat, compte tenu des périodes validées au titre du rachat, dans la limite du maximum de trimestres susceptibles d'être pris en compte à la date d'entrée en jouissance initiale de ces prestations de vieillesse.

La demande de rachat ne peut concerner des périodes d'activité postérieures à la date d'entrée en jouissance d'une prestation de vieillesse.

Sous-section 2 : Dispositions communes au régime des professions

artisanales et à celui des professions industrielles et commerciales.

Article D742-18

Les personnes remplissant les conditions définies au 2° de l'article L. 742-6 et ayant exercé en dernier lieu une activité professionnelle non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, ne peuvent demander le bénéfice de l'assurance volontaire gérée par les régimes mentionnés aux articles L. 622-3 et L. 622-4 que si elles ne bénéficient pas d'un avantage de vieillesse acquis au titre de l'un de ces régimes.

Article D742-19

L'adhésion volontaire implique l'adhésion aux régimes complémentaires obligatoires applicables, en vertu des articles L. 635-1 et L. 635-5, aux ressortissants de la profession exercée par l'intéressé ou qu'il a exercée en dernier lieu.

Article D742-20

Les demandes d'adhésion à l'assurance volontaire doivent être présentées :

1°) dans le délai prévu à l'article D. 742-14 en ce qui concerne les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 ;

2°) dans le délai de six mois qui suit la date d'effet de la radiation de l'intéressé à titre de cotisant obligatoire, en ce qui concerne les personnes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 742-6, ou à la date à laquelle l'intéressé a commencé à participer à l'exercice de l'activité professionnelle non salariée du chef d'entreprise en ce qui concerne les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 742-6.

Toutefois, les demandes d'adhésion présentées par les conjoints de chefs d'entreprise mentionnés au 4° de l'article L. 742-6 ne sont soumises à aucun délai.

Article D742-21

La caisse compétente pour recevoir les demandes d'adhésion est :

1°) la caisse désignée dans chaque organisation par l'arrêté prévu à l'article D. 742-16, en ce qui concerne les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 ;

2°) la caisse à laquelle elles ont été affiliées en dernier lieu à titre de cotisant obligatoire en ce qui concerne les personnes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 742-6 ;

3°) la caisse à laquelle est affilié le chef d'entreprise en ce qui concerne les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 742-6.

Article D742-22

L'affiliation à l'assurance volontaire prend effet à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande. Toutefois, les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 peuvent demander que leur affiliation à l'assurance volontaire prenne effet au premier jour du trimestre civil suivant la date à laquelle elles ont commencé à exercer une activité professionnelle non salariée à l'étranger, les personnes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 742-6 que leur affiliation prenne effet à la date de leur radiation à titre de cotisant obligatoire et les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 742-6 que leur affiliation prenne effet au premier jour du trimestre civil suivant la date à laquelle elles ont commencé à participer à l'exercice de l'activité professionnelle non salariée du chef d'entreprise.

Pour les conjoints mentionnés au 4° de l'article L. 742-6 l'affiliation prend effet au premier jour de l'année civile qui suit celle de leur demande. Toutefois, les intéressés peuvent demander que cette date d'effet soit fixée au premier jour de l'année civile au cours de laquelle leur demande a été présentée.

En cas de début d'activité du chef d'entreprise, le conjoint peut également demander que son affiliation prenne effet en même temps que celle de ce dernier, s'il remplit à cette date les conditions requises au 4° de l'article L. 742-6.

Article D742-23

L'assuré volontaire a la faculté de demander la résiliation de son assurance par simple lettre adressée à la caisse dont il relève. La radiation prend effet à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande.

La radiation est prononcée d'office par la caisse lorsque l'assuré volontaire cesse de remplir les conditions mentionnées à l'article L. 742-6 avec effet du premier jour du trimestre civil qui suit la date à laquelle lesdites conditions ont cessé d'être remplies.

Article D742-24

Les assurés volontaires mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 742-6 sont, en vue du calcul du montant de leur cotisation, répartis en trois catégories, chacune de ces catégories correspondant à un pourcentage du plafond annuel mentionné à l'article L. 633-10. Ce pourcentage est déterminé par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Les intéressés sont classés dans la catégorie correspondant à leur dernier revenu professionnel non salarié ou, à défaut d'un tel revenu, dans la catégorie la plus élevée.

La caisse peut toutefois décider, soit d'office, après enquête sur les revenus de toute nature des intéressés, leur affectation à une catégorie supérieure, soit sur la demande des intéressés, au vu des justifications fournies et, s'il y a lieu, après enquête, leur affectation à une catégorie inférieure ou supérieure.

Le montant de la cotisation est déterminé en appliquant au revenu de la catégorie le taux de la cotisation en vigueur dans l'assurance obligatoire.

Article D742-25

Pour les assurés volontaires mentionnés au 4° de l'article L. 742-6, la cotisation est calculée dans les conditions prévues à l'article D. 633-12.

Article D742-28

Le montant de la cotisation annuelle ne peut être inférieur à celui de la cotisation qui serait due au titre d'un revenu égal à 200 fois le montant horaire du salaire minimum de croissance en vigueur le 1er janvier de l'année considérée.

Article D742-31

Sous réserve, le cas échéant, des dispositions des articles D. 742-22, D. 742-23 et D. 742-33 la cotisation est annuelle.

Elle est répartie en deux fractions semestrielles exigibles respectivement le 1er janvier et le 1er juillet et qui doivent être versées directement par l'assuré au siège de la caisse dont il relève, le 15 février et le 31 juillet au plus tard.

Le cas échéant, il peut être fait application des dispositions du deuxième alinéa de l'article D. 633-7.

Article D742-33

L'assuré volontaire qui s'abstient de verser la cotisation semestrielle à l'échéance prescrite à l'article D. 742-31 est radié de l'assurance volontaire. Toutefois, la radiation ne peut être effectuée qu'après envoi, par la caisse, d'un avertissement par lettre recommandée invitant l'intéressé à régulariser sa

situation dans les quinze jours à compter de la réception de l'avertissement préalable.

Article D742-34

L'assurance volontaire donne droit, dans les mêmes conditions que l'assurance obligatoire, aux prestations de l'assurance vieillesse et, s'il y a lieu, de l'assurance invalidité-décès, sous réserve des dispositions de l'article L. 742-10.

Les pensions de vieillesse sont calculées par référence au revenu annuel correspondant aux cotisations de l'assurance volontaire effectivement versées.

Les périodes d'assurance obligatoire et d'assurance volontaire se cumulent pour l'ouverture du droit aux prestations et pour le calcul de celles-ci.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Départements d'outre-mer

Chapitre 1er : Généralités.

Article D751-1

Il est créé à la Réunion une direction départementale de la sécurité sociale dont les attributions sont les mêmes que celles dévolues à la direction régionale mentionnée à l'alinéa précédent.

Les fonctionnaires des services mentionnés aux alinéas précédents sont nommés conjointement par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture.

Chapitre 2 : Organisation administrative et financière - Contentieux

Section 1 : Dispositions communes aux caisses générales de sécurité sociale et aux caisses d'allocations familiales.

Article D752-1

Les dispositions de l'article D. 231-24 sont applicables aux caisses générales de sécurité sociale et aux caisses d'allocations familiales des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article D752-2

Les représentants des exploitants agricoles dans les conseils d'administration des caisses générales de sécurité sociale et des caisses d'allocations familiales des départements mentionnés à l'article L. 751-1 sont désignés par la fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles.

Section 2 : Dispositions relatives aux caisses générales de sécurité sociale.

Article D752-3

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les attributions dévolues par les dispositions du chapitre Ier du titre IV du présent livre aux caisses primaires d'assurance maladie et aux unions de recouvrement sont exercées par les caisses générales.

Section 3 : Dispositions relatives aux caisses d'allocations familiales.

Article D752-4

Les sommes versées au titre de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 n'entrent pas en compte pour la détermination des ressources du fonds d'action sanitaire et sociale spécialisé des caisses d'allocations familiales desdits départements.

Article D752-6

Pour l'application du 1° du I de l'article L. 752-3-1 lorsque l'effectif employé, calculé sur la moyenne des six derniers mois, passe en dessous de onze salariés, suite à une réduction d'effectif ou à une restructuration de l'entreprise, celle-ci adresse au directeur de l'organisme chargé du recouvrement une demande tendant à bénéficier de l'exonération visée au I de l'article L. 752-3-1.

Le directeur dudit organisme saisit, dans les quinze jours suivant l'envoi ou le dépôt de la demande, le représentant de l'Etat dans le département pour avis. Cet avis est rendu, dans un délai de deux mois suivant la demande, en fonction de la justification de l'évolution des effectifs au regard de l'activité de l'entreprise au cours de l'année considérée, le cas échéant en tenant compte de la constitution d'une unité économique et sociale.

Dans le cas où la demande est acceptée, l'exonération est appliquée à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel la demande a été déposée, sous réserve de régularisation, pour l'année civile concernée, lorsque l'effectif est déterminé selon les modalités prévues à l'article R. 752-20.

Section 4 : Contentieux

Section 5 : Dispositions relatives aux exonérations de cotisations prévues à l'article L. 752-3-2.

Article D752-7

Les communes qui satisfont aux critères définis au 4° du IV de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale sont les suivantes :

1° En Guadeloupe : les communes de Baillif, Bouillante, Deshaies, Gourbeyre, Pointe-Noire, Trois-Rivières, Vieux-Fort et Vieux-Habitants ;

2° En Martinique : les communes de L'Ajoupa-Bouillon, Basse-Pointe, Bellefontaine, Case-Pilote, Fonds-Saint-Denis, Grand'Rivière, Le Carbet, Le Lorrain, Le Marigot, Le Morne-Rouge, Le Morne-Vert, le Prêcheur, Macouba et Saint-Pierre.

Chapitre 3 : Assurances sociales

Section 2 : Assurance vieillesse

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article D753-1

L'article D. 357-18 est applicable dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Sous-section 2 : Personnes qui ont la charge d'un enfant handicapé ou d'un handicapé adulte.

Section 3 : Dispositions diverses

Sous-section 2 : Fonctionnaires de l'Etat.

Article D753-3

Les décrets mentionnés à l'article L. 753-9 sont pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre de l'intérieur.

Chapitre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Section 1 : Généralités.

Article D755-1

L'arrêté mentionné à l'article L. 755-2 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé du budget, le ministre chargé de l'agriculture et le ministre chargé des départements d'outre-mer.

Article D755-2

Les dispositions de l'article R. 553-1 et des articles D. 553-1, D. 553-2, D. 553-3 et D. 553-4 sont applicables aux départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article D755-4

Sont autorisés à servir directement les prestations familiales à l'exception de la prestation d'accueil du jeune enfant à leurs personnels de droit public en activité les collectivités locales et leurs établissements publics ne présentant pas un caractère industriel ou commercial mentionnés par le premier alinéa de l'article L. 755-10.

Article D755-4-1

Les dispositions des articles D. 511-1 et D. 511-2 sont applicables aux départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Section 2 : Allocations familiales.

Article D755-5

I. - Les taux servant au calcul des allocations familiales et de la majoration prévue à l'article L. 755-11 sont identiques à ceux mentionnés à l'article D. 521-1.

II. - En application de l'article L. 755-11, 2e alinéa, le taux servant au calcul des allocations familiales servies pour un seul enfant à charge est fixé à 5,88 p. 100 de la base mensuelle prévue à l'article L. 755-3.

La majoration des allocations familiales pour un seul enfant à charge est fixée à 3,69 p. 100 de la base mensuelle prévue à l'article L. 755-3 à partir de onze ans et à 5,67 p. 100 à partir de seize ans.

Article D755-5-1

Les dispositions de l'article D. 521-2 sont applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Section 3 : Complément familial.

Article D755-6

Le montant du complément familial est fixé à 23,79 p. 100 de la base mensuelle prévue à l'article L. 755-3.

Section 4 : Allocation de soutien familial.

Article D755-7

Les articles R. 523-1 à R. 523-6, R. 581-1 à R. 581-9 et D. 523-1 sont applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article D755-8

Les taux servant au calcul de l'allocation de soutien familial sont identiques à ceux qui sont applicables en métropole.

Section 7 : Allocation d'éducation spéciale.

Article D755-11

Le montant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, de ses compléments et de sa majoration éventuels est identique à celui qui est applicable en métropole.

Section 8 : Allocation de logement familiale.

Article D755-12

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, l'allocation de logement est attribuée aux personnes ou ménages qui remplissent les conditions prévues aux articles L. 542-1 et L. 755-21, qui occupent à titre de résidence principale un local à usage d'habitation et qui entrent dans l'une des catégories suivantes :

1°) locataires, sous-locataires et occupants à titre onéreux ;

2°) personnes accédant à la propriété de leur logement pendant la période au cours de laquelle les intéressés se libèrent de la dette contractée à cet effet et, le cas échéant, de la dette contractée pour effectuer des travaux destinés à permettre l'ouverture du droit à l'allocation de logement :

a. soit qu'elles se libèrent d'une dette contractée en vue d'effectuer des travaux susceptibles d'ouvrir droit au bénéfice de la législation sur les HLM ou au bénéfice des primes à la construction ;

b. soit qu'elles aient souscrit un contrat de location-vente ou un bail à construction qui leur confère un droit de propriété sur les constructions existantes ou édifiées.

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 755-21, l'âge limite est fixé à vingt-deux ans.

La notion de résidence principale [*définition*] mentionnée au présent article doit être entendue au sens du logement effectivement occupé au moins huit mois par an, soit par l'allocataire, soit par son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin, soit par une des personnes à charge au sens de l'article D. 755-17 sauf obligation professionnelle, raison de santé ou cas de force majeure.

Le logement mis à la disposition d'un requérant par un des ascendants ou de ses descendants n'ouvre pas droit au bénéfice de l'allocation.

Article D755-13

L'allocation de logement est due à la date et aux conditions définies à l'article L. 542-2.

Le droit s'éteint à compter du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies, sauf si la clôture du droit résulte du décès de l'allocataire ou de son conjoint ou d'une personne à charge, auquel cas le droit prend fin le premier jour du mois civil suivant le décès.

Les changements intervenus dans la composition de la famille ou dans la situation de l'allocataire ou de son conjoint et qui sont de nature à modifier ses droits à l'allocation prennent effet et cessent de produire leur effet selon les règles ci-dessus définies respectivement pour l'ouverture et pour l'extinction des droits.

Les dispositions du présent article ne peuvent avoir pour effet d'interrompre le service de l'allocation de logement en cas de déménagement si le droit à la prestation est ouvert au titre du nouveau logement.

Article D755-14

Les mensualités de remboursement versées dans les cas prévus au 2° de l'article D. 755-12 sont assimilées aux loyers selon les modalités fixées à l'article D. 755-27.

Article D755-15

Les ressources prises en compte pour l'attribution de l'allocation de logement sont celles définies à l'article D. 542-9.

Sont exclus du décompte des ressources, les arrérages des rentes viagères constituées en faveur d'une personne handicapée et mentionnés à l'article 199 septies du code général des impôts.

Ne sont prises en compte que pour la fraction dépassant le plafond individuel prévu à l'article L. 815-8 du présent code les ressources de chacune des personnes qui sont :

1°) soit ascendants de l'allocataire ou de son conjoint âgés de moins de soixante-cinq ans ou d'au moins soixante ans en cas d'inaptitude au travail ;

2°) soit " grands infirmes " au sens de l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles et sont ascendants, descendants ou collatéraux au deuxième ou au troisième degré de l'allocataire ou de son conjoint ;

3°) soit enfants de l'allocataire ou de son conjoint.

L'exercice prévu au présent article est une période de douze mois consécutifs commençant le 1er janvier de chaque année.

Article D755-16

Les ressources mentionnées à l'article D. 755-15 sont déterminées dans les conditions prévues aux articles D. 542-10 et D. 542-10-1.

Toutefois, les dispositions du onzième et douzième alinéa de l'article D. 542-10 ne sont pas applicables aux opérations de logements évolutifs sociaux ou de logements très sociaux, en accession à la propriété aidée par l'Etat.

Article D755-17

Sont considérées comme personnes à charge pour l'application de l'article L. 755-21 sous réserve que leurs ressources déterminées dans les conditions prévues à l'article D. 755-16 soient inférieures au plafond individuel prévu à l'article L. 815-8 en vigueur au 31 décembre de l'année de référence, et dans les limites prévues au deuxième alinéa de l'article D. 755-24, les personnes à charge entrant dans le champ d'application des articles D. 542-4 et D. 755-12.

Article D755-18

L'inaptitude au travail reconnue au titre d'un régime d'assurance vieillesse résultant de dispositions législatives ou réglementaires s'impose à l'organisme liquidateur de l'allocation de logement.

Lorsqu'il est fait état de l'inaptitude au travail d'un ascendant à charge âgé de soixante à soixante-cinq ans sans qu'une prestation de vieillesse ait été allouée à ce titre, l'organisme liquidateur procède à la constitution du dossier de l'intéressé et à sa transmission au service du contrôle médical fonctionnant auprès de la caisse générale de sécurité sociale du département de résidence du demandeur. L'inaptitude est appréciée par référence aux dispositions de l'article L. 351-7. Le service du contrôle médical fait connaître son avis à l'organisme liquidateur : celui-ci notifie sa décision motivée à la personne intéressée en précisant les voies de recours mises à sa disposition conformément aux articles L. 143-1 et suivants.

Les ascendants, descendants, frères et soeurs, oncles et tantes ou neveux et nièces de l'allocataire ou de son conjoint ne peuvent être considérés comme étant à sa charge pour l'application du 5° de l'article L. 542-1, que s'ils justifient qu'ils sont atteints d'une incapacité permanente au moins égale à 80 p. 100 ou s'ils se trouvent, compte tenu de leur handicap, dans l'impossibilité reconnue par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel prévue à l'article L. 323-11 du code du travail, de se procurer un emploi.

Article D755-19

Sous réserve des dispositions de l'article D. 755-37, pour ouvrir droit à l'allocation, le logement doit répondre aux conditions suivantes :

1° Remplir les caractéristiques de logement décent telles que définies par le décret n° 2002-120 du 30 janvier 2002 relatif aux caractéristiques du logement décent pris pour l'application des premier et deuxième alinéas de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 modifiée tendant à améliorer les rapports locatifs.

2° présenter une surface habitable globale au moins égale à seize mètres carrés pour un ménage sans enfant ou deux personnes, augmentée de neuf mètres carrés par personne en plus dans la limite de soixante-dix mètres carrés pour huit personnes et plus.

Article D755-21

L'allocation de logement est attribuée sur demande de l'intéressé introduite auprès de l'organisme débiteur des prestations familiales. Le modèle type de la formule de demande est fixé par un arrêté concerté des ministres intéressés.

Article D755-22

Le modèle de la demande d'allocation de logement et de son renouvellement, assortie de pièces justificatives tenant compte de la situation du demandeur ou allocataire, est déterminé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du logement.

Article D755-23

En cas de non-présentation avant le 1er janvier d'un état des personnes vivant habituellement au foyer, y compris les enfants à charge qui viennent y habiter périodiquement ou qui sont momentanément absents pour des raisons tenant à leur état de santé ou à leur éducation ainsi que d'une déclaration sur l'honneur indiquant le total des ressources perçues au cours de l'année civile de référence par l'intéressé et par toutes les personnes vivant habituellement au foyer dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article D. 755-15 et telles que définies à l'article D. 755-16, le paiement des allocations de logement peut être suspendu.

Les changements dans les conditions de peuplement des locaux doivent être déclarés dans un délai d'un mois.

Article D755-24

Sous réserve des dispositions de l'article D. 755-28 et du présent article, le montant de l'allocation de logement est obtenu par application des dispositions des articles D. 542-5 et D. 542-5-2 ;

Les limites inférieures et supérieures de chacune des tranches de ressources prévues au 5° du II de l'article D. 542-5.

sont affectées des coefficients (ou nombre de parts) ci-après :

1,5 pour un ménage sans enfant ;

2,5 pour un ménage ou une personne avec un enfant ou une personne à charge ;

3 pour un ménage ou une personne avec deux enfants ou personnes à charge ;

3,7 pour un ménage ou une personne avec trois enfants ou personnes à charge ;

4,3 pour un ménage ou une personne avec quatre enfants ou personnes à charge ;

4,8 pour un ménage ou une personne avec cinq enfants ou personnes à charge ;

5,3 pour un ménage ou une personne avec six enfants ou personnes à charge et plus.

Article D755-24-1

Pour les personnes qui perçoivent l'allocation de logement visée au II de l'article D. 542-5, la dépense nette de logement obtenue en déduisant de la somme du loyer principal pris en compte (L) et du montant forfaitaire des charges (C) le montant mensuel de l'allocation de logement doit être au moins égale à un minimum forfaitaire fixé à 15 euros.

Lorsque la dépense nette de logement est inférieure au minimum forfaitaire, il est appliqué au montant mensuel de l'allocation de logement un abattement égal à la différence constatée.

Dans les cas mentionnés au 2° du deuxième alinéa de l'article D 755-12, à l'exception du a, la mensualité nette obtenue en déduisant des charges mensuelles de prêts déclarés, majorées du montant forfaitaire des charges, le montant de l'allocation de logement due aux accédants, doit être au moins égale à un minimum déterminé par le produit d'un coefficient fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, de l'agriculture et du logement et du montant des ressources prises en compte pour le calcul de l'allocation de logement, déterminées en application des articles D 542-10 et D 542-11. Lorsque la mensualité nette est inférieure au minimum, il est appliqué au montant mensuel de l'allocation un abattement égal à la différence constatée.

Toutefois, les dispositions du troisième alinéa ne sont pas applicables aux ménages ayant bénéficié

d'une aide de l'Etat pour l'acquisition d'un logement évolutif social, ni aux ménages qui acquièrent un logement très social ayant fait l'objet d'une aide de l'Etat à la construction de logements à vocation très sociale.

Article D755-25

L'allocation de logement est versée mensuellement.

Lorsque le montant de l'allocation de logement ainsi calculé est inférieur à 15 Euros par mois, il n'est pas procédé à son versement.

Article D755-26

L'allocation de logement est versée pour une période de douze mois débutant au 1er janvier de chaque année. Elle est calculée sur la base, en cas de location, du loyer principal effectivement payé pour le mois de juillet de l'année précédente, ou, en cas d'accession à la propriété, sur la base de la mensualité acquittée au titre des charges mentionnées à l'article D. 755-27.

Lorsque le droit à l'allocation de logement n'est pas ouvert pour toute la durée de la période de douze mois précitée, l'allocation de logement est calculée et servie proportionnellement au nombre de mois pendant lesquels le droit est ouvert.

L'allocation de logement fait l'objet d'une liquidation unique pour chaque exercice. Elle ne peut être révisée au cours de l'exercice que dans les cas suivants :

1°) lorsque la composition de la famille est modifiée ;

2°) lorsque l'allocataire s'installe dans un nouveau logement, dans ce cas, l'allocation est révisée soit sur la base du loyer principal effectivement payé pour le premier mois de location du nouveau local, soit sur la base des paiements incombant à l'allocataire en vue de l'accession à la propriété pour la partie de la période restant à courir.

Article D755-27

Sont seuls pris en considération par l'organisme liquidateur pour le calcul de l'allocation de logement due aux personnes mentionnées au 2° de l'article D. 755-12, sous déduction des primes et bonifications :

1°) les charges d'intérêts et d'amortissement et les charges accessoires au principal de la dette, afférentes aux emprunts ayant fait, pour chacun d'entre eux, l'objet d'un certificat daté, notifié par les organismes prêteurs précisant les modalités et la périodicité des paiements et présenté par le requérant à l'appui de sa demande d'allocation de logement ;

2°) les charges d'intérêts et d'amortissements et les charges accessoires afférentes aux emprunts substitués à ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus, dans la limite des sommes restant dues en

capital sur le montant du premier prêt ;

3°) les charges afférentes au paiement à terme de tout ou partie du prix d'achat ou ayant pour objet de financer les dépenses jugées indispensables à la délivrance du certificat de conformité ou à la mise en état d'habitabilité certifiée par le maire ;

4°) le versement des primes de l'assurance vie contractée par le bénéficiaire en garantie de l'exécution des engagements souscrits ;

5°) les loyers payés en vertu d'un contrat de location-vente ou d'un bail à construction.

Ne sont notamment pas pris en considération par les organismes payeurs de l'allocation de logement :

1°) les remboursements effectués par le bénéficiaire en anticipation des obligations résultant des contrats de prêts qu'il a souscrits ;

2°) (supprimé)

3°) les prêts constituant une obligation au porteur.

Toutefois, peuvent être pris en considération les prêts au logement consentis par les banques ou les établissements financiers et en représentation desquels des billets à ordre ont été créés en vue d'une mobilisation éventuelle de la créance dès lors que, dans le contrat de prêt lui-même, le créancier et le débiteur sont expressément désignés et que les paiements sont effectifs.

Article D755-28

Pour l'application des articles D. 755-24 à D. 755-26, le loyer principal effectivement payé est pris en considération dans la limite d'un plafond mensuel auquel s'ajoute une majoration forfaitaire au titre des charges. Les montants mensuels des plafonds de loyers et de la majoration forfaitaire représentative des charges varient en fonction de la taille de la famille. Ils sont fixés par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget, du ministre chargé de l'agriculture, du ministre chargé du logement et du ministre chargé des départements et des territoires d'outre-mer, pris après avis du conseil d'administration de la caisse nationale des allocations familiales.

L'arrêté mentionné à l'alinéa précédent fixe par ailleurs le montant forfaitaire servant au calcul du RP et les modalités de calcul de la participation personnelle prévus au I de l'article D. 542-5.

Cet arrêté fixe également, compte tenu de la date à laquelle ont été contractés les emprunts faisant l'objet du certificat de prêt prévu à l'article D. 755-27, le plafond mensuel dans la limite duquel sont prises en considération les sommes définies audit article D. 755-27 auquel s'ajoute pour le calcul de l'allocation de logement due aux personnes mentionnées au 2° de l'article D. 755-12, la majoration

forfaitaire représentative des charges prévue à l'alinéa précédent. Ce plafond ne pourra, en aucun cas, être inférieur à celui qui était en vigueur lors de l'entrée dans les lieux sous réserve qu'il s'agisse d'un local habité pour la première fois par le bénéficiaire.

L'arrêté interministériel prévu au présent article fixe en outre le plafond de la prime de déménagement.

Pour les étudiants logés en résidence universitaire, l'allocation de logement est calculée selon les modalités définies à l'article D. 831-2-1.

Ce montant est augmenté de la majoration forfaitaire représentative des charges.

Lorsque plusieurs personnes ou ménages constituant des foyers distincts occupent le même logement et qu'ils sont cotitulaires du bail ou de l'engagement de location, le montant mensuel de la majoration forfaitaire représentative des charges est fixé par l'arrêté mentionné au premier alinéa. ;

Lorsque plusieurs personnes ou ménages constituant des foyers distincts occupent le même logement et qu'ils sont copropriétaires du logement et cotitulaires du prêt, il est fait application à chaque personne ou ménage concerné :

- du coefficient N correspondant à la situation familiale du ménage ou de la personne tel que défini à l'article D. 755-24 ;

- de l'élément C prévu au présent article dans des conditions fixées par l'arrêté mentionné ci-dessus.

Lorsque le logement occupé est une chambre, le loyer principal effectivement payé est pris en compte dans la limite d'un plafond mensuel auquel s'ajoute la majoration forfaitaire mensuelle au titre des charges, fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, du logement et de l'agriculture.

Article D755-29

En cas de logement en hôtel, pension de famille ou établissement similaire ou lorsque le bénéficiaire occupe un logement loué en meublé, le prix du loyer est remplacé par les deux tiers du prix effectivement payé dans la limite du loyer-plafond.

Dans le cas d'un local à usage mixte d'habitation et professionnel, il n'est pas tenu compte des majorations de loyers résultant de l'affectation d'une partie des lieux à l'exercice d'une profession.

Lorsque le logement est compris dans les locaux relevant du statut du fermage ou du colonat partiaire, lorsque le logement est à usage mixte d'habitation et commercial ou, lorsqu'il est loué à titre d'accessoire du contrat de travail, l'évaluation du loyer est faite en tant que de besoin par référence à celui de logements similaires dans la même commune ou dans les communes

avoisinentes.

Article D755-30

Le paiement de l'allocation de logement est effectué mensuellement à terme échu. Dans les cas prévus au 2° de l'article D. 755-12, le bénéficiaire doit, à la demande de l'organisme payeur, justifier des sommes prises en considération et qu'il a effectivement versées.

Lorsque l'allocation de logement est versée en application des 1° et 2° du quatrième alinéa de l'article L. 553-4 et des e et g du 1° du I de l'article 31 du code général des impôts, après accord de l'allocataire, entre les mains du bailleur ou de l'établissement de prêt, la personne qui la reçoit la déduit du montant du loyer et des dépenses accessoires de logement ou de celui des charges de remboursement et informe l'allocataire de cette déduction.

En aucun cas, toutefois, lorsqu'il est fait application de la dérogation prévue au premier alinéa de l'article D. 755-37, l'allocation de logement ne peut être versée entre les mains du bailleur ou du prêteur.

En cas de non-paiement du loyer ou des mensualités d'amortissement et d'intérêts des dettes contractées en vue d'accéder à la propriété pendant une durée au moins égale à celle prévue à l'article D. 755-31, l'allocation de logement cesse d'être servie au bénéficiaire et peut seulement être versée au bailleur ou au prêteur dans les conditions prévues à l'article D. 755-31. Les mensualités d'allocation de logement indûment perçues sont recouvrées par l'organisme liquidateur dans les conditions prévues à l'article L. 553-2.

En cas de suspension du paiement du loyer ou des arrérages des dettes contractées en vue d'accéder à la propriété consécutive à une contestation relative à l'étendue des obligations du débiteur et donnant lieu à instance judiciaire, le versement de l'allocation est suspendu par l'organisme payeur jusqu'à ce que la décision de justice rendue soit devenue définitive.

Article D755-31

Sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article précédent, à défaut de paiement du loyer ou des sommes prévues à l'article D. 755-27 dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article D. 542-19, il est fait application des articles D. 542-22 à D. 542-22-3 en cas de location et de l'article D. 542-29 en cas d'accession à la propriété.

Lorsque l'allocation de logement est versée au bailleur ou au prêteur en application des 1° et 2° du quatrième alinéa de l'article L. 553-4 et des e et g du 1° du I de l'article 31 du code général des impôts et que l'allocataire ne règle pas la part de dépense de logement restant à sa charge, il est fait application des dispositions de l'article D. 542-22-4 en cas de location et D. 542-29 en cas d'accession.

Article D755-32

Dans les cas prévus à l'article L. 542-7, l'organisme payeur peut suspendre le versement de l'allocation de logement après avertissement adressé au bénéficiaire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Si, dans un délai qui ne peut être inférieur à trois mois, l'allocataire n'a pas procédé à la remise en état de son logement ou a persisté dans son refus de se soumettre au contrôle prévu par la loi, le versement de l'allocation est interrompu.

Article D755-33

La prime de déménagement est attribuée dans les conditions prévues aux articles D. 542-32 à D. 542-34 aux personnes remplissant les conditions fixées à l'article D. 542-31.

Article D755-37

Lorsque le logement ne répond pas aux caractéristiques mentionnées au premier alinéa de l'article D. 755-19 ou que le propriétaire n'a pas produit l'attestation mentionnée au 2° de l'article D. 755-22, l'allocation de logement peut être accordée à titre dérogatoire, par l'organisme payeur :

a) Aux personnes locataires, pour une durée de six mois, pour leur permettre de demander la mise en conformité du logement dans les conditions fixées à l'article 20-1 de la loi du 6 juillet 1989 susvisée ou d'engager une action en justice en application du c de l'article 6 de la même loi. L'organisme payeur doit en informer son conseil d'administration et le préfet. En cas de refus de dérogation, le préfet doit également être tenu informé ;

b) Aux personnes logées en hôtel meublé ou en pension de famille, pour une durée d'un an. L'organisme payeur doit en informer son conseil d'administration et le préfet.

Le préfet désigne alors, dans le cadre du plan départemental pour le logement des personnes défavorisées mentionné aux articles 2 et suivants de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990, un organisme privé ou public aux fins de proposer au propriétaire une solution adaptée d'amélioration du logement ou à l'allocataire une solution de relogement correspondant à ses besoins et à ses possibilités.

Cette dérogation peut être prorogée pour six mois par le conseil d'administration de l'organisme payeur si les travaux de mise aux normes, bien que décidés, n'ont pas encore pu être achevés à l'issue de la première année ou si la solution de relogement bien qu'acceptée par l'allocataire n'a pas encore pris effet dans le même délai.

En cas de refus de dérogation, le préfet doit également être tenu informé ;

c) Aux personnes visées à l'article D. 755-12. L'organisme payeur doit en informer son conseil d'administration et le préfet.

Ce dernier saisit le comité de pilotage du plan départemental pour le logement des personnes défavorisées mentionné ci-dessus afin qu'il examine avec l'allocataire une solution adaptée d'amélioration du logement. La dérogation est maintenue, sauf avis contraire du comité de pilotage.

En cas de refus de dérogation, le préfet doit également être tenu informé.

Lorsque la condition de superficie prévue au 2° de l'article D. 755-19 n'est pas remplie au moment de la demande, l'allocation de logement peut être accordée pour une durée de deux ans, à titre exceptionnel, par décision de la caisse d'allocations familiales ou de la caisse de mutualité sociale agricole concernée. Le conseil d'administration de l'organisme débiteur et le préfet sont informés de la décision prise. En cas de refus de dérogation, le préfet doit également être tenu informé.

Le préfet désigne alors, dans le cadre du plan départemental pour le logement des personnes défavorisées, mentionné aux articles 2 et suivants de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en oeuvre du droit au logement, un organisme privé ou public aux fins de proposer à l'allocataire une solution de relogement correspondant à ses besoins et à ses possibilités.

Cette dérogation peut être prorogée par décision du conseil d'administration de l'organisme payeur, par période de deux ans renouvelable, après enquête sociale et au vu d'une attestation motivée du préfet certifiant que l'allocataire ne peut être logé conformément aux conditions fixées au 2° de l'article D. 755-19.

Lorsque le demandeur occupe un logement ne répondant ni aux conditions fixées au 1° de l'article D. 755-19 ni aux conditions fixées au 2° du même article, l'allocation de logement ne peut en aucun cas être accordée.

Article D755-38

Pour l'application des dispositions de la présente section qui comportent la prise en compte des ressources, la personne qui vit maritalement est assimilée au conjoint.

Section 12 : Dispositions concernant certaines catégories.

Article D755-42

L'arrêté prévu au deuxième alinéa de l'article L. 755-30 est pris par le ministre chargé de la sécurité

sociale, le ministre chargé du budget, le ministre chargé des départements d'outre-mer et le ministre chargé de la marine marchande.

Article D755-45

En vue de l'affiliation des intéressés, les services de l'inscription maritime fournissent à la caisse d'allocations familiales la liste des marins pêcheurs et des inscrits maritimes qui figurent sur les rôles, la catégorie prise en considération pour la détermination des contributions aux caisses de l'Etablissement national des invalides de la marine et correspondant à la fonction exercée, ainsi que les noms des propriétaires et des armateurs des navires sur lesquels ils sont embarqués. Les services de l'inscription maritime signalent, en outre, à la caisse d'allocations familiales les mouvements enregistrés aux rôles.

Chapitre 6 : Régime des travailleurs non-salariés non-agricoles

Section 2 : Assurance vieillesse

Sous-section 1 : Dispositions communes à l'ensemble des régimes d'assurance vieillesse.

Article D756-1

Les personnes qui commencent à exercer dans un des départements mentionnés à l'article L. 751-1, une activité professionnelle mentionnée aux articles L. 622-3, L. 622-4 et au premier alinéa de l'article L. 622-5 ou classée dans l'un de ces groupes en application de l'article L. 622-7 ou de l'article R. 622-1, sont tenues de demander leur affiliation à la caisse mentionnée à l'article D. 756-2, dans le délai d'un an suivant le premier jour de l'exercice de leur activité.

Article D756-2

La caisse de base mentionnée à l'article R. 611-61 est habilitée à recevoir les demandes d'affiliation aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

La caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales est habilitée à recevoir les demandes d'adhésion au régime d'assurance des professions libérales. Cet organisme assure, s'il y a lieu, la transmission de ces demandes à la section professionnelle compétente.

Article D756-3

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les conditions dans lesquelles doit être fournie la justification de l'exercice de l'une des professions mentionnée à l'article D. 756-1.

Sous-section 2 : Dispositions applicables aux professions artisanales, industrielles et commerciales.

Article D756-4

Les articles D. 633-1 à D. 633-18 sont applicables, sous réserve des dispositions ci-après, aux personnes exerçant dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, relevant des régimes d'assurance vieillesse mentionnés au titre III du livre VI.

Article D756-5

Pour l'application des dispositions de l'article D. 633-4, la cotisation appelée par la caisse, en l'absence de déclaration par l'assuré de ses revenus professionnels, est calculée, dans la limite du plafond mentionné au cinquième alinéa de l'article L. 633-10, sur la base du dernier revenu connu, sous réserve que celui-ci ne soit pas antérieur à l'avant-dernière année précédant celle au titre de laquelle la cotisation est due ou, à défaut, sur la base du revenu retenu pour l'assiette de la dernière cotisation appelée majoré de 20 p. 100. Lorsque les dispositions qui précèdent ne peuvent être appliquées, la cotisation est calculée sur la base d'un revenu égal au plafond précité.

Article D756-6

La cotisation due au titre de la seconde année d'activités est calculée sur la base du revenu forfaitaire mentionné à l'article D. 633-6.

Article D756-7

Pour l'application de l'article L. 756-3 les personnes exonérées de toute cotisation sont celles dont le revenu professionnel non salarié à prendre en considération pour la détermination de la cotisation est égal ou inférieur à 390 euros.

Article D756-8

Les prestations prévues à l'article L. 634-2 sont calculées compte tenu du revenu professionnel effectivement pris en considération pour le calcul de la cotisation des personnes mentionnées à l'article D. 756-4.

Article D756-9

Pour l'ouverture du droit à l'allocation aux vieux travailleurs non salariés, il est tenu compte :

1°) des périodes d'activité professionnelle non salariées antérieures au 1er avril 1968 et des périodes assimilées ;

2°) des périodes d'activité professionnelle non salariées postérieures au 31 mars 1968, sous réserve qu'elles aient fait l'objet du versement des cotisations prévues par la présente section et que, à partir du 1er janvier 1973, elles aient procuré un revenu professionnel annuel au moins égal à celui mentionné à l'article D. 812-4, ainsi que des périodes assimilées ; ledit revenu professionnel tient compte, le cas échéant, de l'abattement prévu aux articles 3 et 11 du décret n° 75-1098 du 25 novembre 1975.

Section 3 : Cotisations et contributions des employeurs et travailleurs indépendants

Article D756-10

Le taux mentionné à l'article L. 133-6-8 correspond, sans préjudice des dispositions prévues à la dernière phrase de son premier alinéa, après arrondi au dixième de pour cent supérieur :

1° Pour les travailleurs indépendants mentionnés aux a et b du 1° de l'article L. 613-1 et bénéficiant des dispositions de l'article L. 756-4, aux deux tiers des taux prévus par l'article D. 131-6-1 ;

2° Pour les travailleurs indépendants relevant de l'organisme mentionné au 11° de l'article R. 641-1 et bénéficiant des dispositions prévues à l'article L. 756-4 et au second alinéa de l'article L. 756-5, au tiers du taux prévu par l'article D. 131-6-2 jusqu'à la fin du septième trimestre civil qui suit celui au cours duquel intervient la date de création d'activité et aux deux tiers du même taux à l'issue de cette période.

Article D756-11

Les dispositions de la présente section s'appliquent à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Chapitre 7 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés

Section 1 : Allocations aux personnes âgées

Sous-section 1 : Allocation aux vieux travailleurs salariés.

Article D757-1

Sont applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 : le deuxième alinéa de l'article D. 811-5, les articles D. 811-10 sauf le 1°, D. 811-11, D. 811-15, les troisième et quatrième alinéas de l'article D. 811-21, les articles D. 811-22, D. 811-23, D. 811-27 et D. 811-28.

Article D757-2

Pour l'ouverture du droit à l'allocation aux vieux travailleurs salariés prévue par les articles L. 811-1 à L. 811-20 est considérée comme normale une rémunération suffisante pour permettre à l'intéressé de vivre du produit de son travail ; en aucun cas il n'est tenu compte des périodes de travail ayant procuré une rémunération annuelle inférieure, en francs métropolitains, à :

250 F pour les années antérieures à 1920, avec possibilité pour le préfet de région, après avis de la caisse générale de sécurité sociale de décider qu'il sera tenu compte des périodes de travail antérieures à 1920 ayant procuré une rémunération annuelle inférieure à 250 F lorsque lesdites périodes correspondaient à une activité normale ;

500 F pour les années 1920 à 1934 inclus ;

1.500 F pour les années 1935 à 1944 inclus ;

3.600 F pour les années 1945 à 1946.

A compter du 1er janvier 1947, les rémunérations minima à prendre en considération sont les suivantes :

Pour les départements de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Guyane :

3.600 F pour l'ensemble de l'année 1947 ;

7.200 F pour l'ensemble de l'année 1948.

Pour le département de la Réunion :

2.120 F C.F.A. pour l'ensemble de l'année 1947 ;

3.600 F C.F.A. pour l'ensemble de l'année 1948.

Pour la période du 1er janvier 1949 au 31 décembre 1971, il n'est pas tenu compte des rémunérations inférieures au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés en vigueur au 1er janvier de l'année considérée ; jusqu'au 31 décembre 1962, ce montant est celui des villes de plus de 5.000 habitants.

Pour la période postérieure au 31 décembre 1971, il n'est pas tenu compte des rémunérations inférieures au montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année considérée, calculé sur la base de 800 heures.

Toutefois, sont considérées comme ayant procuré une rémunération normale les périodes d'emploi accomplies par le personnel féminin occupé par des particuliers dans les services domestiques, dans le département de la Réunion du 1er janvier 1950 au 31 décembre 1951 et du 1er janvier 1954 au 31 décembre 1957, dans les départements de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Guyane du 1er janvier 1954 au 30 septembre 1954, lorsqu'elles ont fait l'objet du versement des cotisations de sécurité sociale sur la base des salaires forfaitaires fixés par décision du préfet de région.

La dernière activité professionnelle non-salariée ne peut faire obstacle à l'attribution de l'allocation aux vieux travailleurs salariés lorsque le travailleur n'est pas bénéficiaire d'un avantage de vieillesse servi au titre d'un autre régime.

Article D757-3

Pour l'application de l'article L. 811-8, en ce qui concerne les assurés ayant, au cours de tout ou partie d'une année déterminée, exercé leur activité dans l'un des départements mentionnés à l'article L. 751-1, le montant du salaire minimum de croissance à retenir est celui qui est en vigueur dans ledit département au 1er janvier de l'année considérée.

Article D757-4

Les cotisations arriérées d'assurances sociales ne sont valables pour la détermination du droit à l'allocation aux vieux travailleurs salariés que si elles ont été acquittées dans le délai de cinq ans suivant leur exigibilité et avant le soixantième anniversaire de l'intéressé.

Article D757-5

Pour bénéficier de l'allocation, le requérant doit souscrire une demande conforme au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Des exemplaires de la demande sont mis à la disposition des intéressés par les caisses générales de sécurité sociale, la direction régionale de la sécurité sociale des Antilles et de la Guyane et la direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion.

Le requérant ayant cotisé aux assurances sociales adresse sa demande à l'organisme auquel il a été affilié en dernier lieu.

Le requérant qui n'a pas cotisé aux assurances sociales adresse sa demande à la caisse générale de sécurité sociale de sa résidence.

Pour obtenir le secours viager prévu aux articles L. 811-11 et L. 811-12, le conjoint de l'allocataire ou du travailleur décédé ou disparu doit adresser sa demande et les pièces prévues par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale à l'organisme qui a servi les arrérages de l'allocation du "de cujus" ou à celui de la circonscription de sa résidence si le travailleur décédé ou disparu ne bénéficiait pas de cette allocation.

Article D757-6

La caisse générale de sécurité sociale remet ou envoie à l'intéressé ou au conjoint de l'allocataire ou du travailleur décédé ou disparu un récépissé de la demande. Elle procède, s'il y a lieu, à toutes enquêtes ou recherches nécessaires et demande tous éclaircissements qu'elle juge utiles.

Elle détermine, au vu des déclarations souscrites par le requérant, le montant de l'allocation ou du secours viager et, le cas échéant, des majorations auquel il a droit.

Article D757-7

L'âge prévu pour l'attribution des allocations forfaitaires mentionnées au chapitre 1er du titre Ier du livre VIII aux travailleurs salariés résidant dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 est fixé à la date de leur soixantième anniversaire.

Article D757-8

L'entrée en jouissance de l'allocation est fixée au premier jour du mois suivant la date de réception

de la demande sans qu'elle puisse être antérieure au premier jour du mois suivant le sixième anniversaire du requérant.

Article D757-9

La majoration pour conjoint à charge est attribuée lorsque le conjoint du titulaire de l'allocation aux vieux travailleurs salariés a atteint l'âge de soixante ans.

Article D757-10

Lorsque le montant total annuel des ressources excède les chiffres limite fixés par décret, l'allocation est liquidée pour ordre, le service des arrérages demeurant suspendu tant qu'aucune modification n'intervient dans le montant des ressources déclarées.

Les dispositions du présent article sont applicables lorsque les ressources de la veuve sont supérieures au chiffre limite prévu pour une personne seule.

Article D757-11

Dans le régime général de la sécurité sociale et les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales les arrérages des allocations et des avantages accessoires sont payés mensuellement et à terme échu dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Dans les autres régimes de sécurité sociale, les arrérages des allocations et des avantages accessoires sont payés trimestriellement et à terme échu dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D757-12

Le paiement de l'allocation et du secours viager est opéré par la caisse générale de sécurité sociale qui a effectué la liquidation de l'un ou l'autre de ces avantages.

Article D757-13

Le premier paiement comportant les arrérages dus depuis la date fixée pour l'entrée en jouissance de l'allocation est effectué à l'échéance normale immédiatement postérieure à la décision de la caisse générale de sécurité sociale.

Si avant son admission au bénéfice de l'allocation, l'allocataire avait ouvert droit à la majoration pour conjoint à charge, les arrérages servis à ce titre pour une période postérieure à la date d'entrée en jouissance de l'allocation sont imputés sur le premier paiement.

Sous-section 2 : Allocations aux vieux travailleurs non salariés.

Article D757-14

Pour l'application de l'article D. 812-4, en ce qui concerne les assurés ayant, au cours de tout ou partie d'une année déterminée, exercé leur activité dans l'un des départements mentionnés à l'article L. 751-1, le montant du salaire minimum de croissance à retenir est celui qui est en vigueur dans ledit département au 1er janvier de l'année considérée.

Chapitre 8 : Dispositions diverses.

Article D758-1

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, la cotisation d'assurance personnelle est prise en charge par le régime des prestations familiales dont relève l'assuré lorsque celui-ci a droit à l'une au moins des prestations familiales servies dans ces départements en vertu du code de la sécurité sociale et des textes pris pour son application et a disposé, durant l'année de référence, d'un revenu net de frais passible de l'impôt sur le revenu n'excédant pas le plafond fixé aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 755-16.

Article D758-2

L'article R. 381-36 est applicable aux ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses ainsi qu'aux titulaires de la pension de vieillesse ou de la pension d'invalidité instituée par l'article L. 721-1, qui résident dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article D758-3

Les dispositions des articles R. 721-1 à R. 721-5, R. 721-13 à R. 721-39, R. 721-50 à R. 721-56, R. 721-58, R. 721-59 et D. 721-6 à D. 721-19 s'appliquent aux ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses résidant dans les départements mentionnés à l'article L.

751-1 et qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un autre régime de sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 1er : Travailleurs salariés détachés à l'étranger

Section 2 : Personnels français non titulaires en service dans les administrations, services et établissements de l'Etat à l'étranger.

Article D761-2

L'arrêté prévu à l'article L. 761-3 et celui mentionné à l'article L. 761-4 sont pris conjointement par le ministre chargé des relations extérieures, le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la coopération et le ministre chargé du budget.

Article D761-3

Les personnels mentionnés à l'article L. 761-3 sont ou demeurent affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie de Paris.

Article D761-4

Les personnels mentionnés à l'article L. 761-4 demeurent affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie dont ils relèvent avant leur départ en mission à l'étranger.

Article D761-5

Les dispositions des articles L. 761-3 et L. 761-4 ne portent pas atteinte aux dispositions des conventions internationales conclues par la France en matière de sécurité sociale.

Article D761-6

Les personnels mentionnés aux articles L. 761-3 et L. 761-4 bénéficient des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité pendant toute la durée de leurs fonctions à l'étranger, dans les conditions et selon les tarifs de remboursement prévus en faveur des ressortissants du régime général détachés à l'étranger.

Leurs ayants droit peuvent également prétendre aux prestations en nature des assurances maladie et maternité alors même qu'ils résident ou séjournent sur le territoire du ou des Etats où les personnels mentionnés aux articles L. 761-3 et L. 761-4 exercent leurs fonctions. Dans ce cas, les prestations en cause leur sont servies dans les mêmes conditions et selon les mêmes tarifs de remboursement que pour ces personnels.

Les prestations en espèces des assurances maladie et maternité et le capital décès servis aux agents mentionnés aux articles L. 761-3 et L. 761-4 ou à leurs ayant droit en application des dispositions du livre III viennent, sauf disposition expresse contraire, en déduction, le cas échéant, des avantages qui, en cas de maladie, de maternité et de décès, sont dus aux intéressés par les ministères, services ou organismes concernés, en application soit du contrat d'engagement, soit de dispositions législatives ou réglementaires.

Article D761-7

Le service des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité est confié aux sections constituées par les mutuelles auprès des administrations dont relèvent les personnels mentionnés aux articles L. 761-3 et L. 761-4 et qui ont déjà compétence à cet effet à l'égard des personnels de l'Etat non titulaires desdites administrations exerçant leurs fonctions sur le territoire métropolitain et dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article D761-8

Le taux des cotisations des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et de l'assurance vieillesse sont identiques à ceux qui sont applicables pour les personnels de l'Etat non titulaires exerçant leurs fonctions sur le territoire métropolitain.

Ces cotisations sont calculées, pour les personnels en service à l'étranger, sur une assiette correspondant à la rémunération afférente à l'indice de traitement qui est affecté à chacun des agents en vertu soit de son contrat d'engagement, soit d'une décision de l'autorité l'ayant recruté, augmenté de l'indemnité de résidence allouée, pour le même indice, à un fonctionnaire en service à Paris.

Elles sont, s'agissant des personnels en mission, calculées sur la base de la rémunération effective des intéressés, compte non tenu des frais de mission qui leur sont alloués.

Article D761-9

Les personnels non titulaires de nationalité française bénéficiant, au 1er juillet 1980, des dispositions des décrets des 16 septembre 1947, 4 mars 1963 et 24 mars 1964 sont soumis aux dispositions de la présente section même lorsqu'ils n'ont pas été recrutés dans les conditions fixées à l'article L. 761-3.

Section 4 : Personnel civil de coopération culturelle, scientifique et technique auprès d'Etats étrangers.

Article D761-10

Les agents relevant d'un régime spécial de sécurité sociale pour la couverture des risques maladie, invalidité, vieillesse et décès, ainsi que les charges de la maternité conservent au cours de leur mission de coopération, le bénéfice de leur régime.

Les prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité leur sont accordées pendant toute la durée de l'exercice de leurs fonctions à l'étranger dans les conditions et selon les tarifs de remboursement prévus en faveur des ressortissants du régime général de sécurité sociale détachés à l'étranger.

Leurs ayants droit peuvent également prétendre aux prestations en nature des assurances maladie et maternité alors même qu'ils résident ou séjournent sur le territoire du ou des Etats où les agents exercent leur mission de coopération. Dans ce cas, les prestations leur sont servies dans les mêmes conditions et selon les mêmes tarifs de remboursement que pour les agents eux-mêmes.

Article D761-11

Les cotisations dues pour les personnels mentionnés à l'article D. 761-10 sont assises sur la rémunération définie à l'article D. 761-16 dans les limites et selon les taux en vigueur dans chacun des régimes concernés.

Article D761-12

Les agents qui ne relèvent pas d'un régime de sécurité sociale lors de leur départ en mission de coopération sont affiliés au régime général de sécurité sociale. A ce titre, ils bénéficient des dispositions du livre III du présent code.

Les prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité leur sont accordées pendant toute la durée de l'exercice de leurs fonctions à l'étranger dans les conditions et selon les tarifs de remboursement prévus en faveur des ressortissants du régime général de sécurité sociale détachés à l'étranger.

Leurs ayants droit peuvent également prétendre aux prestations en nature des assurances maladie et maternité alors même qu'ils résident ou séjournent sur le territoire du ou des Etats où les agents exercent leur mission de coopération. Dans ce cas, les prestations leur sont servies dans les mêmes conditions et selon les mêmes tarifs de remboursement que pour les agents eux-mêmes.

Article D761-13

Les cotisations dues pour les personnels mentionnés à l'article D. 761-12 sont assises sur la rémunération définie à l'article D. 761-16 dans les limites et selon les taux en vigueur dans le régime général de sécurité sociale [*assiette*].

Article D761-14

Les agents mentionnés à l'article D. 761-12 ci-dessus sont immatriculés, en tant que de besoin, à la diligence du ministre responsable de la coopération, à la caisse primaire d'assurance maladie de Paris.

Article D761-15

La caisse primaire d'assurance maladie de Paris peut confier tout ou partie du paiement des prestations lui incombant à d'autre organismes de sécurité sociale.

Article D761-16

Les cotisations sont calculées sur une assiette correspondant à la rémunération afférente à l'indice de traitement qui est affecté à chacun des agents en vertu, soit de son contrat d'engagement, soit d'une décision du ministre responsable de la coopération, augmentée de l'indemnité de résidence allouée, pour le même indice, à un fonctionnaire en service à Paris.

Toutefois, en ce qui concerne les agents mentionnés à l'article D. 761-10, les cotisations sont calculées sur une assiette identique à celle prise en compte, dans chacun des régimes concernés, pour un agent de même grade en service à Paris.

Article D761-17

La rémunération déterminée à l'article D. 761-16 sert de base au calcul des indemnités journalières, pensions, rentes et allocations, dans les conditions prévues par le régime de sécurité sociale dont relève l'assuré, notamment pour la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Article D761-18

Les cotisations dues en application de la présente section sont imputées sur les crédits ouverts au budget de l'Etat.

Elles sont versées, selon le cas, soit au régime spécial dont relève l'intéressé, soit à l'union pour le recouvrement des cotisations de la région parisienne.

Il appartient au ministre responsable de la coopération d'assurer le recouvrement des cotisations personnelles incombant aux intéressés et, dans la mesure où les conventions internationales le prévoient, de la cotisation patronale incombant à l'Etat ou à l'organisme étranger.

Les conditions d'application du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé des relations extérieures, du ministre chargé de la coopération, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Chapitre 2 : Travailleurs salariés expatriés

Section 2 : Assurance maladie, maternité, invalidité

Sous-section 2 : Cotisations.

Article D762-1

En application de l'article L. 762-3, les bénéficiaires de l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité dont les rémunérations sont inférieures aux deux tiers du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3 sont redevables d'une cotisation assise sur la moitié de ce plafond ; ceux dont les rémunérations sont supérieures ou égales aux deux tiers du plafond de la sécurité sociale et inférieures à ce plafond sont redevables d'une cotisation assise sur les deux tiers du plafond ; ceux dont les rémunérations sont égales ou supérieures au plafond de la sécurité sociale sont redevables d'une cotisation assise sur ce plafond.

Dès lors qu'un employeur s'engage à s'acquitter des cotisations au titre de l'assurance volontaire de ses salariés, sa participation ne peut être inférieure pour chaque assurance volontaire à la moitié du

montant de la cotisation due au titre de cette assurance.

Article D762-1-1

Pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 762-1, peuvent être considérés comme collaborateurs assimilés à des travailleurs salariés de nationalité française les collaborateurs qui sont des salariés réguliers et permanents de l'entreprise et qui ne sont pas appelés à exercer leur activité professionnelle dans le pays dont ils sont ressortissants.

Le nombre de ces collaborateurs assimilés ne peut excéder, pour chaque entreprise mandataire, un dixième de l'effectif des salariés de cette entreprise affilié à la Caisse des Français de l'étranger.

La disposition mentionnée à l'alinéa précédent ne s'applique pas aux collaborateurs assimilés ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen s'ils étaient affiliés à un régime français de sécurité sociale avant leur adhésion à la Caisse des Français de l'étranger.

Article D762-2

Le taux de la cotisation d'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité prévue à l'article L. 762-3 est fixé à 6,10 %.

Ce taux subit un abattement de 0,70 point pour les entreprises mandataires de leurs salariés souscrivant entre 10 et 99 contrats. L'abattement est de 1,45 point pour les entreprises mandataires de leurs salariés souscrivant entre 100 et 399 contrats. L'abattement est de 1,70 point pour les entreprises mandataires de leurs salariés souscrivant plus de 399 contrats.

Sous-section 4 : Prestations d'assurance maladie et maternité

Article D762-2-1

Les travailleurs salariés ou assimilés affiliés aux régimes d'assurances maladie, maternité, invalidité mentionnés au 1° de l'article L. 762-1, ou leurs employeurs agissant pour leur compte peuvent prétendre à :

1° Des indemnités journalières de maladie si l'assuré se trouve dans l'incapacité physique, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail ;

2° Des indemnités journalières d'assurance maternité ;

3° L'attribution d'un capital décès au profit des ayants droit.

Article D762-2-2

Les prestations mentionnées à l'article D. 762-2-1 sont couvertes intégralement par des cotisations assises sur l'assiette qui a servi de base de calcul aux cotisations d'assurances volontaires maladie, maternité, invalidité.

Article D762-2-3

Les indemnités journalières prévues au 1° de l'article D. 762-2-1 sont égales à 60 % du gain journalier défini à l'article D. 762-2-4.

Article D762-2-4

Le gain journalier est égal à 1/360 de l'assiette ayant servi de base au calcul des cotisations de l'assuré.

Article D762-2-5

L'indemnité journalière de maladie prévue au 1° de l'article D. 762-2-1 est accordée pour les affections de courte durée à partir du trente et unième jour à compter du point de départ de l'incapacité de travail. Elle peut être servie pendant une durée maximum de cent vingt jours, sur une période de douze mois de date à date.

Pour les affections de longue durée, l'indemnité journalière peut être servie pendant deux ans de date à date, pour toute incapacité ayant débuté au-delà du douzième mois d'affiliation à l'option indemnité journalière.

Quand l'incapacité de travail a débuté avant le douzième mois d'affiliation à l'option indemnité journalière et que l'intéressé a adhéré à ladite option dans le délai fixé à l'article R. 766-3, l'indemnité journalière peut être servie si l'intéressé relevait d'un régime obligatoire français de sécurité sociale douze mois avant la date de début de l'affection invalidante et s'il remplit, par totalisation des périodes à ce régime et à celui de la Caisse des Français de l'étranger, la condition de douze mois de durée d'affiliation.

Article D762-2-6

L'indemnité journalière de maternité prévue au 2° de l'article D. 762-2-1 est servie pendant une période qui débute six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix

semaines après celui-ci, à condition de cesser toute activité salariée durant la période d'indemnisation.

Quand l'accouchement a lieu avant la date présumée, la période d'indemnisation de seize semaines n'est pas réduite de ce fait.

Pour avoir droit aux indemnités journalières, l'assurée doit justifier d'une durée d'assurance de dix mois à la date présumée de l'accouchement.

Article D762-2-7

Le capital décès prévu au 3° de l'article D. 762-2-1 est égal à quatre-vingt-dix fois le gain journalier, déterminé conformément à l'article D. 762-2-4.

Le versement du capital décès est effectué par priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'assuré. Si aucune priorité n'est invoquée dans un délai de trois mois suivant le décès de l'assuré, le capital est attribué au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait, au partenaire auquel le défunt était lié par un pacte civil de solidarité ou, à défaut, aux descendants et, dans le cas où le défunt ne laisse ni conjoint survivant, ni partenaire d'un pacte civil de solidarité, ni descendants, aux ascendants.

Article D762-2-8

Les demandes d'adhésion aux assurances volontaires supplémentaires mentionnées à l'article D. 762-2-1 doivent être formulées au plus tard avant l'expiration du délai d'un an à compter de la date d'affiliation au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité.

L'adhésion prend effet au premier jour du mois qui suit la réception par la caisse de la demande.

Les articles R. 762-7 et R. 762-20 à R. 762-22 sont applicables aux assurances volontaires supplémentaires mentionnées à l'article D. 762-2-1.

Article D762-2-9

Les taux de cotisation aux assurances volontaires supplémentaires mentionnées à l'article D. 762-2-1 sont fixés par arrêté.

Section 3 : Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Article D762-3

Le taux de la cotisation d'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles prévue à l'article L. 762-3 est fixé à 1 %.

Ce taux subit un abattement de 0,25 point pour les entreprises mandataires de leurs salariés souscrivant entre 100 et 399 contrats, à la fois, aux assurances volontaires maladie-maternité-invalidité et accidents du travail-maladies professionnelles. L'abattement est de 0,35 point pour les entreprises mandataires de leurs salariés souscrivant plus de 399 contrats, à la fois, aux assurances volontaires maladie-maternité-invalidité et accidents du travail-maladies professionnelles.

Article D762-4

La Caisse des Français de l'étranger peut accorder des ristournes sur le taux des cotisations d'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles dues par les salariés d'entreprises mandataires d'au moins dix adhérents pour ce risque durant trois années civiles consécutives.

L'effectif d'adhérents mentionné à l'alinéa précédent est égal à la moyenne annuelle du nombre de salariés cotisants au premier jour de chaque trimestre civil.

Article D762-5

Les ristournes éventuelles sont accordées sous la forme d'une baisse du taux de cotisation annuel en fonction des accidents du travail survenus et des maladies professionnelles constatées au cours des trois années civiles précédentes. Elles ne peuvent dépasser 25 % du taux fixé au premier alinéa de l'article D. 762-3.

Article D762-6

Le taux de la ristourne visée à l'article D. 762-5 est obtenu par application de la formule :

Taux de la ristourne :

(taux légal n / 4)

- (taux brut n - 3 + taux brut n - 2 + taux brut n - 1) / 12

de l'année n,

dans laquelle :

1. n est l'année d'attribution de la ristourne ;
2. Le taux légal est celui fixé à l'article D. 762-3 ;
3. Le taux brut est déterminé, pour chaque entreprise mandataire, par la formule suivante :

(Taux brut) =

(coût du risque x 100) /

(salaires retenus pour l'assiette des cotisations)

Sont intégrés dans le coût du risque pour chacune des années considérées les dépenses de soins et d'indemnités journalières, les capitaux représentatifs des rentes attribuées aux victimes, les capitaux correspondant aux accidents mortels ainsi que les indemnités en capital, évalués conformément aux règles du régime général.

Article D762-7

Un arrêté conjoint du ministre chargé des affaires sociales et du ministre chargé du budget peut suspendre l'application des dispositions prévues aux articles D. 762-4 à D. 762-6 si l'équilibre financier de l'assurance accidents du travail maladies professionnelles l'exige.

Article D762-8

Les travailleurs salariés ou assimilés affiliés au régime des accidents du travail et maladies professionnelles mentionné au 2° de l'article L. 762-1, ou leurs employeurs agissant pour leur compte, peuvent prétendre à la prise en charge des frais engagés à la suite d'un accident survenu à l'occasion d'un trajet effectué pour raisons professionnelles soit entre le lieu habituel de résidence en France et le lieu de domicile à l'étranger, soit entre le lieu de domicile à l'étranger et le lieu habituel de résidence en France.

Article D762-9

Les prestations mentionnées à l'article D. 762-8 sont couvertes intégralement par des cotisations assises sur l'assiette qui a servi de base pour le calcul de la cotisation des assurances volontaires accidents du travail et maladies professionnelles.

Article D762-10

Les demandes d'adhésion à l'assurance supplémentaire mentionnée à l'article D. 762-8 doivent être formulées au plus tard dans le délai d'un an à compter de la date d'affiliation au régime des accidents du travail et maladies professionnelles.

L'adhésion prend effet au premier jour du mois qui suit la réception par la caisse de la demande.

Les articles R. 762-7 et R. 762-20 à R. 762-22 sont applicables à l'assurance volontaire supplémentaire mentionnée à l'article D. 762-8.

Article D762-11

Le taux de cotisation à l'assurance volontaire mentionnée à l'article D. 762-8 est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Chapitre 3 : Travailleurs non salariés expatriés.

Article D763-1

En application de l'article L. 763-4, les bénéficiaires de l'assurance volontaire maladie-maternité dont les revenus sont inférieurs aux deux tiers du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3 sont redevables d'une cotisation assise sur la moitié de ce plafond ; ceux dont les revenus sont supérieurs ou égaux aux deux tiers du plafond de la sécurité sociale mais inférieurs à ce plafond sont redevables d'une cotisation assise sur les deux tiers du plafond ; ceux dont les revenus sont égaux ou supérieurs au plafond de la sécurité sociale sont redevables d'une cotisation assise sur ce plafond.

Article D763-2

Le taux de la cotisation d'assurance volontaire maladie-maternité prévu à l'article L. 763-4 est fixé à 8 %.

Article D763-3

L'adhésion volontaire implique l'adhésion aux régimes complémentaires d'assurance vieillesse et aux régimes d'assurance invalidité-décès éventuellement institués à titre obligatoire en application des articles L. 635-1, L. 635-2, L. 635-6, L. 635-8, L. 644-1 et L. 644-2 et permet l'adhésion aux régimes complémentaires d'assurance vieillesse éventuellement institués à titre facultatif en

application des articles L. 635-1 et L. 635-6.

Chapitre 4 : Pensionnés des régimes français de retraite résidant à l'étranger.

Article D764-1

Le taux de la cotisation due au régime d'assurance volontaire maladie-maternité en application de l'article L. 764-4 est fixé à 4 %.

Article D764-2

Le montant annuel minimum prévu à l'article L. 764-5 est fixé à 4, 5 % du demi-plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3.

Chapitre 5 : Catégories diverses d'assurés volontaires.

Article D765-1

En application des articles L. 765-7 et L. 765-8 du code de la sécurité sociale, les bénéficiaires de l'assurance volontaire maladie-maternité dont les revenus sont inférieurs aux deux tiers du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3 sont redevables d'une cotisation assise sur la moitié de ce plafond ; ceux dont les revenus sont supérieurs ou égaux aux deux tiers du plafond de la sécurité sociale et inférieurs à ce plafond sont redevables d'une cotisation assise [*assiette*] sur les deux tiers du plafond ; ceux dont les revenus sont égaux ou supérieurs au plafond de la sécurité sociale sont redevables d'une cotisation assise sur ce plafond.

Article D765-2

Le taux de la cotisation due au régime d'assurance volontaire maladie-maternité en application des articles L. 765-1, L. 765-2 et L. 765-3 est fixé à 8 %.

Article D765-2-1

Le montant annuel de la cotisation due au régime d'assurance volontaire maladie-maternité en application de l'article L. 765-2-1 est fixé à 3 p. 100 du demi-plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3.

Article D765-2-2

Pour l'application du second alinéa des articles L. 763-4, L. 765-7 et L. 765-8, le terme ressources s'entend de l'ensemble des ressources, de quelque nature qu'elles soient.

Pour l'application du second alinéa des articles L. 765-7 et L. 765-8, la majoration applicable au membre du couple ayant vocation à être couvert par l'assurance volontaire est fixée à 5 % par membre de famille déclaré comme ayant droit, dans la limite de 25 %.

Article D765-2-3

Les personnes de nationalité française visées aux articles L. 765-1 à L. 765-3 qui n'exercent aucune activité professionnelle et adhèrent à l'assurance volontaire maladie-maternité sont affiliées à la Caisse des Français de l'étranger. Elles adressent à cette caisse une demande d'adhésion conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- pour justifier de leur identité et de leur nationalité, soit une photocopie de la carte nationale d'identité ou de la carte d'immatriculation consulaire, soit, à défaut, une attestation de nationalité délivrée par les autorités consulaires ;

- pour justifier que les intéressés n'exercent aucune activité professionnelle et résident à l'étranger, une photocopie de la dernière déclaration de revenus ou tout autre document attestant qu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle.

Ces documents sont complétés par les pièces suivantes :

- pour justifier de la qualité de titulaire d'un revenu de remplacement ou d'une allocation de cessation anticipée d'activité visés à l'article L. 765-1, une attestation délivrée par l'organisme débiteur de ces avantages ;

- pour justifier de la qualité d'étudiant, qui doit être âgé de moins de vingt-huit ans lors de sa demande d'adhésion à l'assurance volontaire, une attestation d'inscription dans un établissement scolaire ou universitaire ;

- pour justifier de la qualité de titulaire d'une rente accident du travail ou d'une pension d'invalidité allouées au titre d'un régime français obligatoire, une photocopie de la notification de la liquidation d'une telle rente ou pension ;

- pour justifier de la qualité de conjoint survivant, divorcé ou séparé d'assuré volontaire, visés au premier alinéa de l'article L. 765-2, une photocopie de l'imprimé d'adhésion à l'assurance volontaire de l'assuré et une photocopie du livret de famille.

La caisse peut, à tout moment, demander aux assurés volontaires la production de leur déclaration de revenus afin de contrôler l'absence d'exercice d'une activité professionnelle.

Article D765-2-4

Pour les titulaires d'un avantage de cessation anticipée d'activité, la Caisse des Français de l'étranger, dès réception de la demande d'adhésion et des pièces justificatives, en informe les organismes débiteurs de l'avantage dont le demandeur est titulaire.

Article D765-2-5

L'immatriculation est opérée à la diligence de la caisse.

L'adhésion prend effet au premier jour du mois qui suit la réception par la caisse de la demande. Toutefois, l'adhésion ne peut prendre effet à une date antérieure au transfert de résidence de l'assuré volontaire à l'étranger.

Les bénéficiaires de l'assurance volontaire maladie-maternité sont tenus d'informer la Caisse des Français de l'étranger de toute modification de leur situation, et notamment de tout changement de pays de résidence.

Article D765-2-6

Les titulaires d'un avantage de cessation anticipée d'activité visés à l'article L. 765-1 sont redevables d'une cotisation assise sur les revenus de remplacement ou les allocations perçus par les intéressés et précomptée par les organismes débiteurs de ces avantages. La cotisation est due à compter de la date d'effet de l'adhésion.

La cotisation est prélevée, à chaque échéance, par l'organisme débiteur sur le montant brut des avantages perçus. Les cotisations obligatoires visées au second alinéa de l'article L. 765-6 viennent en déduction de la cotisation due au régime des expatriés. Cet organisme est tenu de faire parvenir à l'assuré, au moins une fois par an, un document mentionnant, pour la période considérée, les montants respectifs de l'assiette, du précompte, de la cotisation précomptée et de l'avantage net.

L'organisme débiteur verse le montant de la cotisation due au titre de l'assurance volontaire à la Caisse des Français de l'étranger. Chaque versement est obligatoirement accompagné d'un document établi et signé par le débiteur de l'avantage de cessation anticipée d'activité indiquant le

montant des cotisations versées pour chaque assuré au titre du régime des expatriés, qui inclut le montant de la cotisation obligatoire précomptée sur les avantages perçus et due au régime des expatriés. Ce document indique également le montant des avantages sur lesquels la cotisation est assise.

Si, pour un motif autre que la radiation de l'assuré, les cotisations n'ont pas été versées, le débiteur de l'avantage de préretraite reste tenu d'adresser à la Caisse des Français de l'étranger, au plus tard à la date limite d'exigibilité des cotisations, le document prévu à l'alinéa précédent.

Par ailleurs, les articles L. 243-7 à L. 243-14 et les dispositions du chapitre IV du titre IV du livre II sont applicables aux organismes débiteurs d'avantages de cessation anticipée d'activité qui ne se seraient pas conformés aux prescriptions du présent article.

Il est fait application des pénalités et majorations de retard prévues aux articles R. 243-38 et R. 711-3.

Article D765-2-7

La cotisation est due à compter de la date d'effet de l'adhésion et fait l'objet de paiements trimestriels.

La cotisation trimestrielle est exigible le premier jour du trimestre civil auquel elle se rapporte et payable dans le mois qui suit, en euros, à la Caisse des Français de l'étranger.

Article D765-2-8

Pour les soins donnés à l'étranger, les prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité sont servies dans les conditions fixées aux articles R. 762-37 à R. 762-39.

La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie est fixée par les articles R. 762-13 et R. 762-14.

Les dispositions de l'article R. 762-19 sont applicables en cas de contestation d'ordre médical.

Article D765-2-9

Les assurés volontaires visés au présent chapitre conservent leur droit aux prestations de l'assurance volontaire pendant une durée de trois mois à compter du premier jour de résidence en France, sous réserve que les intéressés aient tenu informée la Caisse des Français de l'étranger de leur retour définitif en France.

Article D765-2-10

La Caisse des Français de l'étranger procède, après en avoir informé les intéressés et, le cas échéant, les organismes débiteurs des avantages de cessation anticipée d'activité, à la radiation des assurés qui cessent de remplir les conditions exigées pour bénéficier de l'assurance volontaire maladie et maternité.

Article D765-2-11

Les assurés ont la faculté de demander à tout moment leur radiation. Celle-ci prend effet à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande. La Caisse des Français de l'étranger en informe sans délai les assurés ou, le cas échéant, les débiteurs de l'avantage de cessation anticipée d'activité.

Article D765-2-12

La personne qui a été radiée du régime d'assurance volontaire maladie-maternité alors qu'elle continuait à remplir les conditions exigées pour bénéficier dudit régime et qui, sans avoir changé de pays de résidence, présente une nouvelle demande d'adhésion, est redevable des cotisations qui auraient été dues ou précomptées, si elle n'avait pas été radiée, dans la limite des deux années précédant la demande.

Chapitre 6 : Dispositions communes aux expatriés visés aux chapitres II à V

Section 1 : Dispositions communes relatives à l'adhésion, aux prestations et aux cotisations à l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévue aux chapitres II à V

Article D766-1

Le délai mentionné à l'article L. 766-2-2 est fixé à six mois.

Section 2 : Dispositions communes aux expatriés

Article D766-2

Sont admises à demander le bénéfice des dispositions de l'article L. 766-2-3 les personnes de nationalité française immatriculées ou en instance d'immatriculation auprès du consulat dans la circonscription duquel elles résident et qui disposent de ressources de toute nature inférieures à la moitié du plafond annuel de la sécurité sociale.

Article D766-3

La demande mentionnée à l'article D. 766-2 ainsi que, s'il y a lieu, la demande d'adhésion à l'une des assurances volontaires maladie prévues aux chapitres II, III et V, sont déposées auprès des services consulaires. Ces services enregistrent la demande mentionnée à l'article D. 766-2, après avoir constaté qu'elle est accompagnée des éléments nécessaires à l'appréciation des ressources des intéressés.

Une commission locale réunie par les autorités diplomatiques ou consulaires examine la conformité des ressources à la limite définie à l'article D. 766-2. A cette fin, elle peut se faire communiquer par le demandeur toute pièce qu'elle estime utile. Elle émet un avis sur la demande, dans le respect de critères généraux définis par des instructions du ministre chargé des affaires étrangères.

La commission locale mentionnée à l'alinéa précédent est présidée par le chef de la mission diplomatique ou du poste consulaire ou son représentant. Elle comprend :

1° Le conseiller social du poste, le médecin et l'assistante sociale du poste, lorsque ces emplois existent ;

2° Le ou les délégués représentant l'Etat ou la zone au Conseil supérieur des Français de l'étranger, ou leurs représentants ;

3° Le ou les représentants des associations de Français de l'étranger reconnues d'utilité publique, ou leurs suppléants ;

4° Le ou les administrateurs de la Caisse des Français de l'étranger résidant dans le pays, ou leurs représentants.

La commission locale se réunit en tant que de besoin et au moins deux fois par an.

Article D766-4

Le chef de la mission diplomatique ou du poste admet ou non le demandeur au bénéfice des dispositions de l'article L. 766-2-3, sur la base de l'avis émis par la commission locale mentionnée à l'article D. 766-3.

Il transmet cette décision ainsi que, s'il y a lieu, la demande d'adhésion, à la Caisse des Français de l'étranger. Il notifie sa décision au demandeur et, en cas de refus, les voies et délais de recours.

Article D766-5

Conformément à la décision du chef de la mission diplomatique ou du poste consulaire et après que la Caisse des Français de l'étranger a vérifié que les conditions générales d'adhésion à l'assurance volontaire sont remplies, cette caisse confirme son adhésion au demandeur par les voies appropriées.

L'adhésion et le bénéfice du dispositif prennent alors effet le premier jour du mois qui suit la réception par la caisse de la décision prise par le chef de la mission diplomatique ou du poste consulaire. Lorsque le demandeur est déjà affilié à la caisse, la date du bénéfice du dispositif est le premier jour du mois qui suit la réception par la caisse de cette même décision.

Article D766-6

La caisse informe le ministre des affaires étrangères et la commission locale mentionnée à l'article D. 766-3 du résultat des adhésions intervenues en application des dispositions de l'article D. 766-5 et de tout événement ultérieur relatif à celles-ci.

Les personnes admises au bénéfice des dispositions de l'article L. 766-2-3 sont tenues de répondre à la demande de justification de ressources formulée une fois par an par la commission locale mentionnée à l'article D. 766-3 afin de vérifier la conformité de leurs ressources aux dispositions de l'article D. 766-2.

Les bénéficiaires du dispositif sont tenus d'informer les services consulaires de toute modification de leur situation personnelle ou patrimoniale.

Au vu de la réponse du bénéficiaire, s'il est constaté qu'il ne remplit plus les conditions prévues par l'article D. 766-2 ou en l'absence de réponse dans le délai de deux mois, le chef de la mission diplomatique ou du poste consulaire constate la fin de la prise en charge partielle de la cotisation prévue à L. 766-2-3.

Il notifie sa décision à la Caisse des Français de l'étranger ainsi qu'au bénéficiaire en mentionnant les voies et délais de recours. Cette décision prend effet le dernier jour du trimestre en cours.

Article D766-7

Pour l'application de l'article L. 766-2-4, le montant de la ristourne de cotisations est fixé à 20 % pour les personnes dont l'âge est inférieur à trente ans et à 10 % pour les personnes dont l'âge est compris entre trente et trente-cinq ans.

Article D766-7-1

Pour l'application du 1° de l'article L. 766-4-1 et du premier alinéa de l'article L. 766-9, une convention signée entre le ministre des affaires étrangères et la Caisse des Français de l'étranger fixe notamment :

- a) Les éléments chiffrés nécessaires à l'application du a du 1° de l'article L. 766-1 relatifs aux adhérents individuels admis au bénéfice des dispositions de l'article L. 766-2-3 ;
- b) Les modalités de transmission de ces éléments ;
- c) Les modalités de versement du concours mentionné au premier alinéa de l'article L. 766-9 ;
- d) Les modalités de mise en oeuvre du b du 1° de l'article L. 766-4-1 ;
- e) Les frais de gestion mentionnés au c du 1° de l'article L. 766-4-1.

Article D766-7-2

Pour l'application des b et c du 1° de l'article L. 766-4-1, est considérée comme nouvel adhérent toute personne ayant obtenu le bénéfice de la prise en charge partielle de la cotisation prévue par l'article L. 766-2-3 et qui n'est pas déjà adhérente à l'assurance maladie-maternité gérée par la Caisse des Français de l'étranger à la date d'effet de cette prise en charge. Elle conserve cette qualité pour toute la durée de son droit à la prise en charge.

Section 3 : Caisse des Français de l'étranger

Paragraphe 2 : Election des représentants des assurés au conseil d'administration de la caisse.

Article D766-8

Pour être admis à voter, l'électeur doit être inscrit sur la liste électorale établie en vue des élections au conseil d'administration de la caisse des Français de l'étranger.

Article D766-9

Quatre semaines avant la date du scrutin, le secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger rend publique la date de l'élection, par affichage au secrétariat général.

Cette date est également affichée à la caisse des Français de l'étranger.

Article D766-10

La liste électorale est établie en suivant l'ordre alphabétique par le ministre chargé des relations extérieures et est affichée au secrétariat général quinze jours avant la date de l'élection. La liste électorale est également affichée à la caisse des Français de l'étranger.

Une copie de cette liste sert de feuille d'émargement.

Dans les cinq jours de cet affichage, tout électeur peut adresser une réclamation au ministre chargé des relations extérieures pour demander l'inscription ou la radiation d'un électeur omis ou indûment inscrit.

Le ministre chargé des relations extérieures se prononce dans les cinq jours. La liste éventuellement rectifiée est également affichée au secrétariat général et à la caisse des Français de l'étranger.

Article D766-11

En cas d'élection partielle ou d'annulation totale des élections, la liste électorale est affichée dix jours au moins avant la date de l'élection.

Article D766-12

Pour l'application de l'article L. 766-5, les listes de candidats doivent comporter trente noms et respecter la répartition entre les diverses catégories d'assurés volontaires.

Article D766-13

Les listes de candidats comportant l'intitulé de la liste ainsi que les nom et prénoms des candidats sont déposées au secrétariat du conseil supérieur des Français de l'étranger, contre récépissé, quinze jours avant la date du scrutin.

Le dépôt de chaque liste est fait par un mandataire de liste ayant la qualité d'électeur au conseil d'administration.

Chaque liste fait l'objet d'une déclaration collective qui précise le titre de la liste et l'ordre de présentation des candidats.

Au dépôt de la liste sont jointes les déclarations individuelles de chacun des candidats de la liste. Chaque déclaration individuelle est signée par le candidat et comporte la procuration donnée au mandataire. Elle énumère les nom, prénoms, date et lieu de naissance, domicile et profession des intéressés, ainsi que leur numéro d'immatriculation aux assurances volontaires.

Article D766-14

Aucun remplacement ou retrait de candidature ne peut être opéré après le dépôt de la liste.

Toutefois, un candidat décédé peut être remplacé jusqu'à l'expiration du délai de dépôt des candidatures.

Article D766-15

La régularité des listes de candidats peut être contestée par tout électeur dans un délai de trois jours à partir de leur publication devant le tribunal d'instance du premier arrondissement de Paris.

Le tribunal saisi par requête d'un électeur statue sans formalité dans les trois jours.

La décision est notifiée au requérant par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception et portée à la connaissance du secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger. Elle est rendue en dernier ressort et n'est pas susceptible d'opposition.

Article D766-16

Chaque liste de candidatures a droit à une circulaire sur un feuillet de format 210 x 297 mm.

Chaque liste a droit à une affiche de propagande d'un format de 594 x 841 mm, apposée à côté du lieu de vote.

Article D766-17

Les listes de candidats sont affichées dix jours avant le jour de l'élection au secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger et à la caisse des Français de l'étranger.

En cas de contestation, prévue à l'article D. 766-15, la liste arrêtée après décision du tribunal est affichée quarante-huit heures avant le scrutin.

Article D766-18

Le nombre des bulletins de vote que chaque liste de candidats peut faire imprimer ne doit pas excéder de plus de vingt pour cent le double du nombre des électeurs au conseil d'administration de la caisse des Français de l'étranger.

Les bulletins ont un format de 148 x 210 mm.

Les bulletins ne doivent pas comporter d'autres mentions que le nom de la caisse des Français de l'étranger, le titre de la liste ainsi que le nom et le prénom de chaque candidat.

Ces mentions doivent figurer sur un seul côté du bulletin.

Article D766-19

Il est interdit de distribuer ou de faire distribuer le jour du scrutin des bulletins, circulaires et autres documents.

Article D766-20

La caisse des Français de l'étranger ou la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-et-Marne en tant que gestionnaire du régime des expatriés pendant la période transitoire mentionnée à l'article 21 de la loi n° 84-604 du 13 juillet 1984 rembourse, sur présentation des pièces justificatives, les frais réellement exposés par les listes pour l'impression des circulaires et bulletins. Le remboursement est effectué dans la limite des tarifs fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le remboursement des documents électoraux mentionnés aux articles précédents est opéré au profit des listes ayant obtenu au moins cinq pour cent des suffrages.

Article D766-21

Toute propagande [*publicité*] à l'étranger est interdite, à l'exception de l'envoi ou de la remise aux électeurs, sous pli fermé, des circulaires et bulletins de vote des candidats, effectués par le secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger.

Article D766-22

Le texte des circulaires des candidats ne doit pas être de nature à porter atteinte aux relations extérieures de la France ni présenter un caractère diffamatoire.

Article D766-23

Les électeurs doivent, le jour du scrutin, justifier de leur identité. La carte de membre du conseil supérieur des Français de l'étranger tient lieu de carte électorale.

Paragraphe 5 : Organisation financière et comptable

Article D766-25

Sont applicables à la Caisse des Français de l'étranger les dispositions des articles D. 253-2, D. 253-3, D. 253-5 à D. 253-14, D. 253-17 à D. 253-28, D. 253-31 à D. 253-34, D. 253-42, D. 253-43, D. 253-45, D. 253-47, D. 253-48, D. 253-50, D. 253-51, D. 253-53, D. 253-54, D. 253-56, D. 253-59 à D. 253-64, D. 253-66 à D. 253-83.

Article D766-26

Sont applicables les dispositions des articles :

1° D. 253-4, sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article R. 122-3 et de celles de l'article R. 766-50 ;

2° D. 253-15, à l'exception du membre de phrase commençant par " auprès " et se terminant par " D. 253-1 " ;

3° D. 253-16, sous réserve du remplacement du membre de phrase :

" des articles L. 243-1 et R. 243-1 à R. 243-21 " par : " des articles L. 766-4, R. 762-20 et R. 764-11 " ;

4° D. 253-30, à l'exception de la fin de la phrase du troisième alinéa commençant par " qui ne peuvent " et de la deuxième phrase du quatrième alinéa ;

5° D. 253-35, sous réserve du remplacement du membre de phrase :

" les agents comptables des organismes de sécurité sociale " par " l'agent comptable de la Caisse des Français de l'étranger ", et de la suppression du membre de phrase : " des représentants qualifiés de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale " et du membre de phrase commençant par : " selon les modalités " ;

6° D. 253-44, à l'exception de la phrase commençant par :

" six mois après le délai de prescription pour les prestations familiales " et se terminant par : " pour le compte de tiers " et de la suppression des mots : " vieillesse et " de la phrase commençant par : " cinq après le décès du titulaire " ;

7° D. 253-46, à l'exception de la fin de la phrase de l'alinéa 3 commençant par : " éventuellement " ;

8° D. 253-49, à l'exception des premier et deuxième alinéas ;

9° D. 253-52, à l'exception du 1° qui est remplacé par " 1° la codification des différentes sections prévues par l'article R. 766-57 " ;

10° D. 253-55, à l'exception du dernier alinéa ;

11° D. 253-57, à l'exception du dernier alinéa ;

12° D. 253-58, à l'exception des mots : " le 1er avril " qui sont remplacés par : " le 30 juin " ;

13° D. 253-65, à l'exception des mots : " à l'improviste " ;

14° D. 254-4, à l'exception du membre de phrase commençant par :

" des pensions de vieillesse " et se terminant par : " travailleurs salariés " ; de la fin de la phrase du premier alinéa commençant par : " un extrait " qui est remplacée par : " une notification d'attribution de ses droits " et à l'exception du numéro 3 du troisième alinéa ; à l'alinéa 2, les mots : " l'extrait d'inscription " sont remplacés par : " la notification d'attribution " ;

15° D. 254-5, à l'exception du membre de phrase : " des pensions de vieillesse et des allocations aux vieux travailleurs salariés " ;

16° D. 254-6, à l'exception du membre de phrase du deuxième alinéa commençant par : " ainsi que " et se terminant par :

" accessoires ".

Paragraphe 6 : Dispositions diverses.

Article D766-27

En application de l'article L. 153-7, les dispositions de l'article L. 281-2 sont étendues à la caisse des Français de l'étranger.

Le pouvoir de substitution prévu audit article est exercé par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 4 : Dispositions diverses et d'application.

Article D766-28

Les assurés volontaires adhérant à l'assurance volontaire maladie-maternité peuvent bénéficier des prestations en nature de cette assurance pendant leurs séjours temporaires sur le territoire français supérieurs à trois mois et inférieurs à six mois, s'ils n'ont pas droit, à titre quelconque, à ces prestations sur le territoire français.

Dans cette hypothèse, les intéressés avisent la caisse des Français de l'étranger lors de leur adhésion à l'assurance volontaire, ou avant le 1er janvier 1986, de leur intention de souscrire à ce complément d'assurance.

Les assurés volontaires qui ont des droits à un autre titre que l'assurance volontaire sur le territoire français perçoivent les prestations de l'assurance maladie et maternité du régime français dont ils dépendent, servies par l'organisme français compétent.

Toutefois, la caisse des Français de l'étranger peut servir ces prestations, sous réserve d'un remboursement, par les organismes français de sécurité sociale compétents pour l'affiliation des intéressés, des frais qu'elle a engagés. Les modalités de remboursement sont fixées par des conventions passées entre la caisse des Français de l'étranger et les organismes de sécurité sociale compétents.

Article D766-29

Le taux de la cotisation supplémentaire due par les assurés mentionnés au premier alinéa de l'article D. 766-28 est fixé à 2 p. 100. La cotisation est assise, selon les catégories, sur le salaire forfaitaire ou sur le montant des pensions de vieillesse allouées au titre d'un régime français de sécurité sociale, qui servent de base au calcul des cotisations d'assurance maladie-maternité des intéressés.

Article D766-30

Les soins donnés en France aux assurés volontaires et à leurs ayants droit qui ne bénéficient pas d'un droit propre en France sont pris en charge par la caisse des Français de l'étranger dans les conditions fixées au livre III du présent code.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 1 : Allocations aux personnes âgées

Chapitre 5 : Allocation de solidarité aux personnes âgées

Section 1 : Ouverture du droit et liquidation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées

Article D815-1

Le montant maximum servi au titre de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est fixé :

a) Pour les personnes seules, ou lorsque seul un des conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité en bénéficie, à :

8 125, 59 € par an à compter du 1er avril 2009 ;

8 507, 49 € par an à compter du 1er avril 2010 ;

8 907, 34 € par an à compter du 1er avril 2011 ;

9 325, 98 € par an à compter du 1er avril 2012 ;

b) Lorsque les deux conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité en bénéficient, à 13 765, 73 euros par an à compter du 1er avril 2009. Dans ce cas, le montant est servi par moitié à chacun des deux allocataires concernés.

Les dispositions du b sont également applicables pour le calcul de l'allocation de solidarité aux personnes âgées servie au demandeur lorsque son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité bénéficie de l'allocation supplémentaire d'invalidité visée à l'article L. 815-24.

Article D815-2

Le plafond annuel prévu à l'article L. 815-9 est fixé, pour une personne seule, à compter du 1er avril 2009, à 8 309, 27 € par an et, à compter du 1er avril de chacune des années suivantes, au montant maximum prévu au a de l'article D. 815-1 pour la période correspondante. Le plafond applicable lorsque le ou les allocataires sont mariés, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité est égal au montant maximum prévu au b de l'article D. 815-1.

Section 2 : Recouvrement sur les successions

Article D815-3

Le montant prévu au premier alinéa de l'article L. 815-13 dans la limite duquel les sommes servies au titre de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont récupérables est égal, au titre des allocations versées pendant la période du 1er avril au 31 mars de l'année suivante :

a) Pour une personne seule, à la différence entre le montant maximum prévu au a de l'article D. 815-1 et le montant prévu au II de l'article 3 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, applicables pendant la période ;

b) Lorsque les deux conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité en bénéficient, à la différence entre le montant maximum prévu au b de l'article D. 815-1 et deux fois le montant prévu au II de l'article 3 de la même ordonnance, applicables pendant la période.

Lorsque l'allocation n'a pas été servie pendant l'année complète, ces montants sont diminués au prorata de la durée effective de service de l'allocation.

Article D815-4

Le montant d'actif net à partir duquel il est procédé au recouvrement sur la succession de l'allocataire des arrérages servis à ce dernier au titre de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est fixé à 39 000 euros.

Article D815-5

Pour l'application de l'article L. 815-13, le capital d'exploitation agricole est constitué des éléments suivants : terres, cheptel mort ou vif, bâtiments d'exploitation, éléments végétaux constituant le support permanent de la production, tels que arbres fruitiers et vigne, ainsi que les éléments inclus dans le fonds agricole créé, le cas échéant, par l'exploitant en application de l'article L. 311-3 du code rural et de la pêche maritime.

Pour l'application du même article L. 815-13, sont considérés comme des bâtiments indissociables du capital d'exploitation défini à l'alinéa précédent :

1° Les bâtiments d'habitation occupés à titre de résidence principale par le bénéficiaire de l'allocation et les membres de sa famille vivant à son foyer qui comprennent un mur mitoyen à un bâtiment d'exploitation agricole inclus dans ce capital agricole ;

2° Les autres bâtiments d'habitation affectés à l'usage exclusif de l'exploitation et qui sont soit implantés sur des terres incluses dans ce capital, soit situés à une distance ne pouvant excéder cinquante mètres des bâtiments agricoles ou des terres qui constituent ce capital, soit nécessaires à l'activité de l'exploitation.

Article D815-6

Le recouvrement s'exerce sur la partie de l'actif net successoral, visé au deuxième alinéa de l'article L. 815-13, défini par les règles du droit commun, qui excède le montant prévu à l'article D. 815-4.

Il ne peut avoir pour conséquence d'abaisser l'actif net de la succession au-dessous du montant visé à l'article D. 815-4.

Toutefois, pour la détermination de l'actif net ouvrant droit au recouvrement, les organismes ou services mentionnés à l'article L. 815-7 ont la faculté de faire réintégrer à l'actif toutes les libéralités consenties par l'allocataire quelle qu'en soit la forme ainsi que les primes versées par celui-ci au titre d'un contrat d'assurance vie dès lors que :

- ces libéralités et ces contrats d'assurance vie respectivement consentis ou conclus postérieurement à la demande d'allocation sont manifestement incompatibles avec les ressources ou biens déclarés par l'allocataire pour obtenir ou continuer à percevoir l'allocation de solidarité ;

- et que ces libéralités et ces primes, en minorant l'actif net successoral, ont eu pour effet de faire obstacle en tout ou partie à l'exercice par les organismes et services précités de leur action en recouvrement sur succession de l'allocation de solidarité.

Ces dispositions particulières au recouvrement sur successions de l'allocataire, qui n'ont pas d'incidence sur la validité des libéralités et contrats consentis ou conclus par l'allocataire, ont seulement pour effet de les rendre inopposables aux organismes et services mentionnés à l'article L. 815-7 précité dans le cas visé au troisième alinéa du présent article.

Article D815-7

Le recouvrement des arrérages servis au titre de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sur la part de succession attribuée au conjoint survivant et, le cas échéant, au concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité survivant peut être différé jusqu'au décès de ce dernier. Il en est de même en ce qui concerne les héritiers qui étaient à la charge de l'allocataire à la date de son décès et qui, à cette date, étaient soit âgés d'au moins soixante-cinq ans, ou d'au moins soixante ans en cas d'inaptitude au travail, soit en dessous de cet âge, atteints d'une invalidité réduisant d'au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain.

Pour l'application de l'alinéa précédent, est considérée comme ayant été à la charge de l'allocataire toute personne qui vivait habituellement à son foyer et dont les ressources, appréciées dans les

conditions fixées aux articles L. 815-9, R. 815-18, R. 815-22 à R. 815-29, R. 815-38 et R. 815-42, n'excédaient pas, à la date du décès de l'allocataire, le montant limite de ressources applicable à cette date, pour une personne seule, en application de l'article D. 815-2.

Section 5 : Mode de gestion, organisation et financement du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées

Article D815-8

Le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées institué par l'article L. 815-7 est doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière.

Il est représenté en justice et dans tous les actes de la vie civile par le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations.

Article D815-9

La commission instituée par l'article L. 815-7 prend le nom de commission consultative du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Elle est composée comme suit :

- un représentant du ministre chargé du budget ;
- un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale ;
- un représentant du ministre chargé de l'agriculture et de la pêche ;
- un représentant de la Caisse des dépôts et consignations ou du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ;
- le directeur du Fonds de solidarité vieillesse ou son représentant.

Les modalités de fonctionnement de ladite commission sont fixées par un règlement intérieur.

Article D815-10

Le secrétariat de la commission est assuré par un fonctionnaire de la Caisse des dépôts et consignations désigné par le directeur général de cet organisme.

Elle est obligatoirement consultée :

1° Sur le montant des ressources affectées à l'action sociale, lequel ne peut excéder un taux de 0,5 % des dépenses d'arrérages des allocations spéciales et des allocations de solidarité aux personnes âgées payées par le service ;

2° Sur les demandes de remises de dettes présentées au titre des articles R. 815-48 et D. 815-18 dont le montant est supérieur à la moitié du montant annuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées servie à une personne seule ;

3° Sur la convention de gestion mentionnée à l'article D. 815-16 ;

4° Sur toute modification qu'il pourrait être envisagé d'apporter au présent chapitre, ayant un impact sur le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

La commission peut être saisie pour avis par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé du budget, le ministre chargé de l'agriculture ou par le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations.

Elle est tenue informée de l'organisation, de la gestion et du financement du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Ces informations font l'objet d'un rapport annuel.

Article D815-11

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée à l'article L. 815-8 est le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Le délai mentionné à ce même article est un délai de vingt jours.

Article D815-12

La commission prévue à l'article D. 815-9 peut donner délégation au service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées pour statuer sur la suite à donner aux demandes de secours urgents mentionnées à l'article L. 815-8.

Il lui est rendu compte des décisions prises en vertu de ces délibérations.

Article D815-13

La Caisse des dépôts et consignations ouvre, dans ses écritures, un compte particulier où elle enregistre les opérations de recettes et de dépenses du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Ce compte porte intérêt au taux servi par le Trésor à la Caisse des dépôts et consignations.

Les disponibilités du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées peuvent être employées en valeur de l'Etat ou garanties par l'Etat.

Article D815-14

Les recettes du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont les suivantes :

- 1° Les remboursements et subventions du fonds institué par l'article L. 135-1 ;
- 2° L'intérêt des sommes déposées en compte courant ;
- 3° Le produit des placements effectués pour l'emploi de ses disponibilités ;
- 4° Le montant des sommes qu'il aurait éventuellement payées pour le compte d'un autre organisme et que cet autre organisme lui rembourserait ;
- 5° Les recettes diverses et accidentelles ;
- 6° Les dons et legs.

Article D815-15

Les dépenses du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont les suivantes :

- 1° Le montant des arrérages des allocations payées par lui en application de l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;
- 2° Le montant des allocations de solidarité aux personnes âgées payées par lui ;
- 3° Les frais de fonctionnement du service ;
- 4° Le montant des dépenses d'action sociale effectuées en faveur des bénéficiaires des allocations visées au 1° et au 2° ;
- 5° Les dépenses diverses et accidentelles.

Article D815-16

Une convention, conclue avec le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget, fixe les conditions dans lesquelles la Caisse des dépôts et consignations assure la gestion du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées prévue à l'article L. 815-7. Cette convention est transmise pour avis à la commission consultative.

Article D815-17

Le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées rembourse annuellement à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés les dépenses exposées pour l'application de l'article R. 815-31, selon les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux et fixés par les conventions prévues à l'article L. 162-5.

Article D815-18

Les organismes de vieillesse prenant en charge des allocataires du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont tenus de rembourser les sommes payées pour leur compte par ledit service. Ces remboursements sont effectués directement sur les arrérages disponibles au titre de la part contributive des avantages de vieillesse dus par les organismes aux allocataires.

A défaut, il peut être fait remise totale ou partielle de la dette, le cas échéant, dans les conditions prévues au 2° de l'article D. 815-10.

Chapitre 5 bis : Allocation supplémentaire d'invalidité

Article D815-19

Le montant maximum servi au titre de l'allocation supplémentaire d'invalidité est fixé :

- a) Pour les personnes seules ou lorsque seul un des conjoints en bénéficie, à 4 475, 49 euros par an à compter du 1er janvier 2009 ;
- b) Lorsque les deux conjoints en bénéficient, à 7 385,22 euros par an à compter du 1er janvier 2009. Dans ce cas, le montant est servi par moitié à chacun des deux allocataires concernés.

Les dispositions du b sont également applicables pour le calcul de l'allocation supplémentaire d'invalidité lorsque le conjoint du demandeur bénéficie de l'allocation de solidarité aux personnes

âgées visée à l'article L. 815-1.

Article D815-19-1

Les plafonds annuels prévus à l'article L. 815-24-1 sont fixés, à compter du 1er janvier 2009, à 7 781, 27 euros pour une personne seule et à 13 629, 44 euros lorsque le ou les allocataires sont mariés, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article D815-20

Les dispositions des articles D. 815-4 à D. 815-7 sont applicables à l'allocation supplémentaire d'invalidité mentionnée au présent chapitre, sous réserve des adaptations suivantes :

-Les références à l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont remplacées par les références à l'allocation supplémentaire d'invalidité ;

-Les références à l'article L. 815-13 sont remplacées par les références à l'article L. 815-28.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 2 : Allocation aux adultes handicapés.

Article D821-1

Pour l'application de l'article L. 821-1, le taux d'incapacité permanente exigé pour l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés est d'au moins 80 %.

Pour l'application de l'article L. 821-2 ce taux est de 50 %.

Le pourcentage d'incapacité est apprécié d'après le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles.

Article D821-1-2

Pour l'application des dispositions du 2° de l'article L. 821-2, la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi subie par une personne handicapée qui demande à bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés est appréciée ainsi qu'il suit :

1° La restriction est substantielle lorsque le demandeur rencontre, du fait de son handicap même, des difficultés importantes d'accès à l'emploi. A cet effet, sont à prendre en considération :

- a) Les déficiences à l'origine du handicap ;
- b) Les limitations d'activités résultant directement de ces mêmes déficiences ;
- c) Les contraintes liées aux traitements et prises en charge thérapeutiques induits par le handicap ;
- d) Les troubles qui peuvent aggraver ces déficiences et ces limitations d'activités.

Pour apprécier si les difficultés importantes d'accès à l'emploi sont liées au handicap, elles sont comparées à la situation d'une personne sans handicap qui présente par ailleurs les mêmes caractéristiques en matière d'accès à l'emploi.

2° La restriction pour l'accès à l'emploi est dépourvue d'un caractère substantiel lorsqu'elle peut être surmontée par le demandeur au regard :

- a) Soit des réponses apportées aux besoins de compensation mentionnés à l'article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles qui permettent de faciliter l'accès à l'emploi sans constituer des charges disproportionnées pour la personne handicapée ;
- b) Soit des réponses susceptibles d'être apportées aux besoins d'aménagement du poste de travail de la personne handicapée par tout employeur au titre des obligations d'emploi des handicapés sans

constituer pour lui des charges disproportionnées ;

c) Soit des potentialités d'adaptation dans le cadre d'une situation de travail.

3° La restriction est durable dès lors qu'elle est d'une durée prévisible d'au moins un an à compter du dépôt de la demande d'allocation aux adultes handicapés, même si la situation médicale du demandeur n'est pas stabilisée. La restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi est reconnue pour une durée de un an à deux ans.

4° Pour l'application du présent article, l'emploi auquel la personne handicapée pourrait accéder s'entend d'une activité professionnelle lui conférant les avantages reconnus aux travailleurs par la législation du travail et de la sécurité sociale.

5° Sont compatibles avec la reconnaissance d'une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi :

a) L'activité à caractère professionnel exercée en milieu protégé par un demandeur admis au bénéfice de la rémunération garantie mentionnée à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles ;

b) L'activité professionnelle en milieu ordinaire de travail pour une durée de travail inférieure à un mi-temps, dès lors que cette limitation du temps de travail résulte exclusivement des effets du handicap du demandeur ;

c) Le suivi d'une formation professionnelle spécifique ou de droit commun, y compris rémunérée, résultant ou non d'une décision d'orientation prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles.

Article D821-2

La personne qui satisfait aux autres conditions d'attribution peut prétendre à l'allocation aux adultes handicapés si l'ensemble des autres ressources perçues par elle durant l'année civile de référence n'atteint pas douze fois le montant de l'allocation aux adultes handicapés fixé selon les modalités prévues à l'article L. 821-3-1 ou, pour la personne dont les ressources sont appréciées conformément à l'article R. 821-4-1, si l'ensemble des autres ressources perçues par elle durant le trimestre de référence n'atteint pas trois fois ce même montant.

Lorsque le demandeur est marié ou lié par un pacte civil de solidarité, et non séparé, ou qu'il vit en concubinage, le plafond mentionné au premier alinéa est doublé. Lorsqu'il a des enfants à charge au sens des articles L. 512-3, L. 512-4 et L. 521-2, le plafond est majoré d'une somme égale à la moitié de ce plafond pour chacun des enfants.

Le bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés a droit, mensuellement, à une allocation égale au douzième de la différence entre le montant du plafond applicable et les ressources annuelles mentionnées au premier alinéa, ou, pour le bénéficiaire dont les ressources sont appréciées conformément à l'article R. 821-4-1, au tiers de la différence entre le montant du plafond applicable et les ressources trimestrielles mentionnées au même alinéa, sans que cette allocation puisse excéder le montant mensuel de l'allocation aux adultes handicapés fixé selon les modalités prévues à l'article L. 821-3-1.

Article D821-3

Le montant mensuel du complément d'allocation aux adultes handicapés mentionné à l'article L. 821-1-1 dans sa rédaction antérieure à la promulgation de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est fixé à 100, 50 €.

Le montant mensuel de la garantie de ressources des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 821-1-1 est égal à la somme du montant mensuel de l'allocation aux adultes handicapés et de celui du complément de ressources mentionné au même article. Le montant mensuel du complément de ressources est fixé à 179, 31 €.

Le montant mensuel de la majoration pour la vie autonome mentionnée à l'article L. 821-1-2 est fixé à 104, 77 €.

Article D821-4

Pour l'application de l'article L. 821-1-1, le pourcentage mentionné au troisième alinéa de cet article est égal à 5 % et la durée mentionnée au quatrième alinéa du même article est égale à un an à la date du dépôt de la demande.

Article D821-5

Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 821-1, le cumul de l'allocation aux adultes handicapés et de la rémunération garantie mentionnée à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles ne peut excéder 100 % du salaire minimum brut de croissance calculé pour 151,67 heures. Lorsque le total de l'allocation aux adultes handicapés et de la rémunération garantie excède ce montant, l'allocation est réduite en conséquence.

Lorsque l'allocataire est marié et non séparé ou est lié par un pacte civil de solidarité ou vit en concubinage, ce pourcentage est majoré de 30 %. Lorsqu'il a un enfant ou un ascendant à sa charge au sens de l'article L. 313-3, ce pourcentage est majoré de 15 %.

Article D821-6

La limite du montant annuel prévue au cinquième alinéa de l'article R. 821-4 est fixée à 1 830 euros à compter du 1er juillet 1990.

Article D821-7

Les organismes chargés du versement de l'allocation sont autorisés à abandonner la mise en recouvrement des indus lorsque leur montant est inférieur à une somme égale à 0,68 % du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, arrondie à l'euro supérieur.

Article D821-8

Les titres ou documents prévus à l'article L. 821-1 sont ceux mentionnés aux 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° et 11° de l'article D. 115-1. Est également pris en compte le récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de validité de trois mois renouvelable délivré dans le cadre de l'octroi de la protection subsidiaire, accompagné de la décision de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides ou de la Commission des recours des réfugiés accordant cette protection.

Article D821-9

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 821-3, les revenus d'activité professionnelle perçus par le bénéficiaire ne sont pris en compte pour l'application de la condition de ressources que dans les limites mentionnées ci-dessous :

1° Lorsque le bénéficiaire n'a pas perçu de revenus d'activité au cours du mois civil précédent et débute ou reprend une activité, les revenus mentionnés au premier alinéa ne sont pas pris en compte pendant une durée maximale de six mois à partir du mois du début ou de la reprise d'activité. La durée cumulée du bénéfice de cette disposition ne peut excéder six mois par période de douze mois glissants. Cette disposition n'est pas applicable lorsque le début ou la reprise d'activité est antérieure à la date d'ouverture du droit à l'allocation aux adultes handicapés ;

2° Sous réserve de l'application du 1°, les revenus mentionnés au premier alinéa sont affectés d'un abattement égal à :

a) 80 % pour la tranche de revenus inférieure ou égale, en moyenne mensuelle, à 30 % de la valeur mensuelle du salaire minimum de croissance calculé pour 151,67 heures en vigueur le dernier jour de la période de référence ;

b) 40 % pour la tranche de revenus supérieure, en moyenne mensuelle, à 30 % de la valeur mensuelle du salaire minimum de croissance calculé pour 151,67 heures en vigueur le dernier jour de la période de référence.

Article D821-10

Lorsqu'un titulaire de l'allocation aux adultes handicapés est admis au bénéfice de la rémunération garantie mentionnée à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles, le droit à l'allocation est examiné dans les conditions suivantes :

a) Au moment de l'admission dans un établissement ou un service d'aide par le travail, l'organisme débiteur de l'allocation suspend les paiements et réexamine le droit à l'allocation, avec effet au premier jour du mois civil d'attribution de l'aide au poste. Les revenus d'activité à caractère professionnel qui avaient été pris en compte pour l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés sont neutralisés et remplacés par une somme égale à douze fois le montant de l'aide au poste due pour le premier mois complet d'attribution de cette aide.

b) Pour les périodes de paiement suivantes et tant que l'intéressé n'est pas présent pendant une année

civile de référence complète au sein de l'établissement ou service d'aide par le travail, les revenus d'activité à caractère professionnel qui avaient été pris en compte pour l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés sont neutralisés et remplacés par une somme égale à douze fois le montant de l'aide au poste due au titre du mois précédant l'ouverture de la période de paiement considérée.

c) Pour les périodes de paiement suivantes et lorsque l'intéressé a été présent pendant une année civile de référence complète au sein de l'établissement ou service d'aide par le travail, il est tenu compte pour l'attribution de l'allocation de la rémunération garantie perçue par l'intéressé pendant l'année civile de référence.

Les revenus mentionnés aux a, b et c sont affectés pour le calcul de l'allocation d'un abattement de :

-3,5 % lorsque la part de la rémunération garantie financée par l'établissement ou le service est supérieure à 5 % et inférieure à 10 % du salaire minimum de croissance ;

-4 % lorsque la part de la rémunération garantie financée par l'établissement ou le service est supérieure ou égale à 10 % et inférieure à 15 % du salaire minimum de croissance ;

-4,5 % lorsque la part de la rémunération garantie financée par l'établissement ou le service est supérieure ou égale à 15 % et inférieure à 20 % du salaire minimum de croissance ;

-5 % lorsque la part de la rémunération garantie financée par l'établissement ou le service est supérieure ou égale à 20 % et inférieure ou égale à 50 % du salaire minimum de croissance.

Ils font ensuite l'objet des déductions et abattements prévus par les a et b de l'article R. 532-3. Les trop-perçus au titre de l'allocation aux adultes handicapés ou des allocations auxquelles elle est censée se substituer s'imputent sur les versements ultérieurement effectués au titre de ces allocations après réexamen des droits, ou font l'objet d'un reversement par l'allocataire.

Pour l'application du présent article aux allocataires dont les ressources sont appréciées conformément à l'article R. 821-4-1, le mot : " douze " est remplacé par le mot : " trois ", les mots : " une année civile " par les mots : " un trimestre ", les mots : " l'année civile " par les mots : " le trimestre " et le mot : " complète " par le mot : " complet ".

Article D821-11

Les dispositions des articles D. 553-1, D. 553-2 et D. 553-4 sont applicables au recouvrement des indus prévu à l'article L. 821-5-1.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 3 : Allocation de logement sociale

Chapitre 1er : Conditions générales d'attribution

Section 1 : Dispositions communes.

Article D831-1

L'allocation de logement est versée pendant une période de douze mois débutant au 1er janvier de chaque année. Elle est calculée sur la base, en cas de location, du loyer principal effectivement payé pour le mois de juillet de l'année précédente, ou, en cas d'accession à la propriété, sur la base de la mensualité acquittée au titre des charges mentionnées à l'article R. 831-23.

Article D831-2

L'allocation de logement prévue aux articles L. 831-1 et suivants est calculée dans les conditions prévues aux articles D. 542-5 à D. 542-7 D. 542-13 et au premier alinéa de l'article D. 542-30 ; dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, elle est calculée dans les conditions prévues aux articles D. 755-24 à D. 755-25. Pour l'application du 5° du II de l'article D. 542-5, les coefficients ou nombre de parts dont doivent être affectées les limites inférieures et supérieures de chacune des tranches de revenus prévues auxdits articles sont fixés en métropole et dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 à :

1,2 pour une personne seule ;

1,5 pour un ménage.

Le minimum au-dessous duquel l'allocation n'est pas versée est fixé à 15 Euros.

Les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole sont autorisées à

abandonner la mise en recouvrement des indus d'allocation lorsque leur montant est inférieur à une somme égale à 0,68 % du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, arrondie à l'euro supérieur.

Article D831-2-1

A l'exception du cas mentionné au II, l'allocation de logement pour les personnes résidant dans un ensemble doté de services collectifs est calculée selon les modalités définies au II de l'article D. 542-5.

Le montant de l'allocation de logement doit être au plus égal au montant de la redevance supportée par le résident. Le loyer mensuel payé par les personnes résidant dans un ensemble doté de services collectifs est défini dans les conditions suivantes :

1° Pour les étudiants, lorsqu'ils sont logés en résidence universitaire, le loyer mensuel est réputé égal à :

80,40 € lorsqu'il s'agit d'une personne isolée ;

125,19 € lorsqu'il s'agit d'un ménage.

Lorsqu'il s'agit d'une résidence universitaire gérée par le CROUS et que la chambre a fait l'objet d'une réhabilitation, le loyer mensuel payé par les étudiants est réputé égal à :

162,56 € lorsqu'il s'agit d'une personne isolée ;

252,66 € lorsqu'il s'agit d'un ménage.

2° Pour les personnes dont l'âge est au moins égal à celui prévu par l'article L. 161-17-2, augmenté de cinq années en cas d'absence d'incapacité au travail, ou, s'ils sont titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, à soixante-cinq ans, ainsi que pour les personnes infirmes, le loyer mensuel est réputé égal à :

197,25 € lorsqu'il s'agit d'une personne isolée ;

306,49 € lorsqu'il s'agit d'un ménage.

3° Pour les personnes autres que celles mentionnées ci-dessus, le loyer mensuel est réputé égal à :

162,56 € lorsqu'il s'agit d'une personne isolée ;

252,66 € lorsqu'il s'agit d'un ménage.

II.-Lorsqu'il s'agit d'une résidence universitaire gérée par le CROUS et que l'étudiant est logé dans un studio, l'allocation de logement est calculée selon les modalités définies au I de l'article D. 542-5 et au premier alinéa du D. 542-30.

Les deux derniers alinéas de l'article D. 831-2 du même code sont applicables aux dispositions du présent article.

Article D831-4

L'arrêté interministériel prévu à l'article L. 831-4 est pris par le ministre chargé du budget, le ministre chargé du logement, le ministre chargé de l'agriculture et le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D831-5

Les dispositions des articles D. 553-1, D. 553-2 et D. 553-4 sont applicables au recouvrement des indus prévu à l'article L. 835-3.

Chapitre 2 : Conditions particulières aux personnes âgées et aux personnes atteintes d'une infirmité.

Article D832-1

Lorsque à la suite, soit d'un échange consenti pour libérer un logement dont le nombre de pièces excède celui fixé à l'article R. 832-3, soit d'une expropriation pour cause d'utilité publique ou d'une opération d'aménagement ou de rénovation urbaine ou de résorption d'habitat insalubre en application de la loi du 10 juillet 1970, soit de la démolition d'un immeuble ayant fait l'objet d'une déclaration d'insalubrité, d'une interdiction d'habiter ou d'un arrêté de péril, soit d'une opération de restauration immobilière, les personnes mentionnées à l'article R. 832-1 qui, au titre de leur ancien logement, bénéficiaient de l'allocation de logement ou qui remplissaient les conditions pour pouvoir en bénéficier, ont été amenées, de leur propre fait ou à l'initiative des pouvoirs publics, à occuper un logement locatif ancien ou neuf soumis à une réglementation des loyers et qu'elles acquittent de ce fait un loyer plus élevé que celui qu'elles payaient précédemment, l'allocation est calculée de façon à couvrir la différence entre le loyer principal acquitté dans l'ancien logement, déduction faite éventuellement de l'allocation qui leur était octroyée et le nouveau loyer principal qui leur est réclamé, dans la limite du plafond fixé en application de l'article L. 831-4.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé

Chapitre unique : Dispositions générales

Section 1 : Dispositions communes

Article D861-1

Le plafond annuel prévu à l'article L. 861-1 est fixé à 7 771,20 € pour une personne seule.

Ce plafond est majoré de 11,3 % pour les personnes résidant dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article D861-2

Pour bénéficier de la dispense d'avance de frais prévue à l'article L. 861-3, le bénéficiaire des soins doit présenter au professionnel ou à l'établissement de santé sa carte d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-31. Le paiement au professionnel ou à l'établissement de santé des actes ou prestations effectués dans le cadre des dispositions mentionnées à l'article L. 861-3 est garanti à la condition que la carte d'assurance maladie du bénéficiaire des soins ne soit pas inscrite sur la liste d'opposition mentionnée à l'article R. 161-33-7 au jour de la délivrance de ces actes ou prestations, et sous réserve des conditions générales de prise en charge des actes ou prestations considérés.

Article D861-3

I. - Lorsque les organismes servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base de l'assurance maladie et les prestations complémentaires sont différents et, pour les établissements de

santé mentionnés à l'article L. 174-1, lorsque les actes ou prestations délivrés n'entrent pas dans le champ de la dotation globale mentionnée audit article, la dispense d'avance de frais est mise en oeuvre par une procédure établie entre les professionnels ou les établissements de santé, d'une part, et les organismes servant les prestations du régime de base de l'assurance maladie et les organismes servant les prestations complémentaires, d'autre part, selon les modalités définies aux II, III et IV ci-après.

II. - Le professionnel ou l'établissement de santé transmet à l'organisme servant les prestations de base de l'assurance maladie, dans les conditions fixées aux articles R. 161-47 et R. 161-48, les documents mentionnés à l'article R. 161-40 permettant la constatation des soins et conditionnant l'ouverture du droit au remboursement. Lorsque ces documents utilisent un support papier, et à défaut de disposition particulière des conventions nationales ou des contrats nationaux mentionnés au chapitre 2 du titre VI du livre Ier, ils sont transmis à l'organisme d'assurance maladie du régime de l'assuré dans la circonscription de laquelle exerce le professionnel ou est implanté l'établissement de santé. Cet organisme les transmet alors sans délai à l'organisme servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base.

III. - L'organisme servant les prestations du régime de base liquide :

a) Soit la part prise en charge par le régime de base et la part restant à payer au titre de l'organisme de protection complémentaire ; dans ce cas, l'organisme servant les prestations du régime de base effectue le paiement au professionnel ou à l'établissement de santé de la totalité des sommes prises en charge ;

b) Soit la seule part prise en charge par le régime de base ; l'organisme complémentaire assure, sous sa responsabilité, la liquidation de la part qui le concerne ; dans ce cas, le paiement unique au professionnel ou à l'établissement de santé est effectué pour le compte de l'organisme servant les prestations du régime de base et de l'organisme de protection complémentaire, chacun pour ce qui le concerne, par un organisme financier régi par la loi n° 84-46 du 24 janvier 1984 relative à l'activité et au contrôle des établissements de crédit, sur ordre de paiement émanant de l'organisme servant les prestations du régime de base.

IV. - L'organisme servant les prestations du régime de base adresse au professionnel ou à l'établissement de santé un relevé des prestations commun à l'organisme servant les prestations du régime de base et à l'organisme de protection complémentaire.

V. - L'organisme servant au bénéficiaire des soins les prestations complémentaires indique à l'organisme servant audit bénéficiaire les prestations du régime de base laquelle des deux modalités de liquidation et de paiement mentionnées aux a et b du III il choisit d'utiliser. Il ne peut choisir celle mentionnée au b que s'il remplit les conditions techniques et financières définies par l'arrêté mentionné à l'article D. 861-6.

Article D861-4

I. - Pour les prestations autres que celles mentionnées à l'article D. 861-3 délivrées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 et lorsque les organismes servant au

bénéficiaire des soins les prestations du régime de base de l'assurance maladie et les prestations complémentaires sont différents, le remboursement à l'établissement des prestations complémentaires aux prestations du régime de base s'effectue selon l'une des procédures décrites aux II et III ci-après.

II. - L'établissement adresse une demande de paiement soit à l'organisme servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base, soit à la caisse du régime du bénéficiaire des soins dans la circonscription de laquelle il est implanté. Dans ce dernier cas, la caisse transmet sans délai la demande de paiement à l'organisme servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base.

L'organisme servant les prestations du régime de base procède, conformément au choix exprimé par l'organisme complémentaire :

a) Soit à la liquidation de la prestation due par l'organisme de protection complémentaire ; dans ce cas, l'organisme servant les prestations du régime de base effectue le paiement du montant correspondant à l'établissement de santé pour le compte de l'organisme de protection complémentaire et envoie à l'établissement de santé un relevé des prestations servies par l'organisme de protection complémentaire ;

b) Soit à la transmission de la demande de paiement à l'organisme de protection complémentaire, qui assure, sous sa responsabilité, la liquidation de la prestation, le paiement à l'établissement du montant correspondant et l'envoi d'un relevé des prestations prises en charge.

III. - S'il ne recourt pas à la procédure décrite au II, l'établissement adresse sa demande de paiement directement à l'organisme de protection complémentaire. Celui-ci assure, sous sa responsabilité, la liquidation de la prestation, le paiement à l'établissement du montant correspondant et l'envoi d'un relevé des prestations prises en charge.

Article D861-5

Par convention entre les parties intéressées qui en précise les modalités, il peut être dérogé aux dispositions mentionnées aux III et IV de l'article D. 861-3 et à celles de l'article D. 861-4. Lorsque les organismes servant les prestations d'un régime de base de l'assurance maladie ne sont pas signataires de telles conventions, ils sont informés de leur contenu par les parties signataires.

Article D861-6

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget précise les conditions dans lesquelles, dans le cadre de la procédure prévue au a du III de l'article D. 861-3 et au a du II de l'article D. 861-4, l'organisme de protection complémentaire alimente un compte d'avance. Cet arrêté précise également les délais maximum de paiement des professionnels et établissements de santé dans le cadre des procédures mentionnées au III de l'article D. 861-3 et à l'article D. 861-4, ainsi que le contenu, les supports et les délais d'envoi des relevés des prestations

mentionnés au IV de l'article D. 861-3 et à l'article D. 861-4.

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les modalités techniques et financières, identiques sur l'ensemble du territoire national, de mise en oeuvre de la procédure prévue au b du III de l'article D. 861-3.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 3 : Institutions de prévoyance et opérations de ces institutions

Chapitre 1 : Institutions de prévoyance.

Section 11 : Comptes et états statistiques

Article D931-34

Constituent un ensemble soumis à l'obligation d'établir des comptes combinés deux ou plusieurs institutions de prévoyance ou unions d'institutions, entreprises soumises au contrôle de l'Etat en application de l'article L. 310-1 ou de l'article L. 310-1-1 du code des assurances, sociétés de groupe d'assurance mentionnées à l'article L. 322-1-2 du code des assurances, mutuelles ou unions de mutuelles régies par le livre II du code de la mutualité se trouvant dans l'un des cas suivants :

1° Ces entités ont, en vertu d'un accord entre elles, soit une direction commune, soit des services communs assez étendus pour engendrer un comportement commercial, technique ou financier commun ;

2° Ces entités ont entre elles des liens de réassurance importants et durables en vertu de dispositions contractuelles, statutaires ou réglementaires.

Article D931-35

La désignation de l'entité chargée d'établir et de publier des comptes combinés fait l'objet d'une convention écrite entre toutes les entités dont la cohésion ne résulte pas de liens en capital et appartenant à l'ensemble soumis à obligation d'établir les comptes combinés. Cet accord engage de plein droit toutes les institutions ou unions d'institutions sur lesquelles l'une des parties à l'accord exerce un contrôle exclusif, un contrôle conjoint ou une influence notable. Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture précise les dispositions que doit contenir cet accord. A défaut d'un accord préalable à la date de clôture de l'exercice, cette entité est :

a) Dans le cas mentionné au 1° de l'article D. 931-34, l'entité ayant encaissé en moyenne, au cours des cinq derniers exercices, le montant de primes ou de cotisations le plus élevé ;

b) Dans le cas où l'obligation d'établir des comptes combinés ne découle que du 2° de l'article D. 931-34, le cessionnaire et, dans le cas où plusieurs cessionnaires interviennent, celui qui a accepté en moyenne, au cours des trois derniers exercices, le montant le plus élevé de primes ou cotisations cédées par les entités de l'ensemble soumis à obligation d'établir des comptes combinés.

Toutefois, lorsqu'une entité faisant partie d'un ensemble d'entités tel que défini à l'article D. 931-34 est incluse par intégration globale dans les comptes consolidés d'une entité elle-même soumise à une obligation de consolidation en application de l'article L. 931-34, l'entité tenue d'établir et de publier des comptes combinés est l'entité consolidante. Cette obligation se confond dans ce cas avec l'obligation d'établir des comptes consolidés. Les comptes consolidés incluent alors les comptes des entités faisant partie de l'ensemble précité, qui sont agrégés aux comptes de l'entité consolidante.

Article D931-36

Lorsqu'une institution ou une union d'institutions de prévoyance participe à un accord conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article D. 931-35, celui-ci est transmis à l'Autorité de contrôle prudentiel dans les quinze jours de sa signature par l'entité désignée par cet accord ou, à défaut, par chacune d'entre elles. Il est porté dans les mêmes délais et modalités à la connaissance des commissaires aux comptes de toutes les entités incluses dans le périmètre de la combinaison.

Article D931-37

I.-Les données relatives à la protection sociale complémentaire, mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 612-24 du code monétaire et financier, sont regroupées dans les états suivants :

E 1 Personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties ;

E 2 Primes et prestations par type de garanties ;

E 3 Frais de soins et indemnités journalières payés au cours de l'exercice ;

E 4 Résultat technique en frais de soins ;

E 5 Compléments frais de gestion des garanties "frais de soins", gestion déléguée d'un régime obligatoire santé, CMU, ACS et taxe sur les conventions d'assurance des contrats santé.

Ces états sont établis annuellement dans la forme fixée en annexe au présent article.

II.-Les modalités de transmission des états mentionnés au I à l'Autorité de contrôle prudentiel sont définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III.-Les données collectées ne peuvent être communiquées que dans les conditions fixées par l'article 7 bis de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en

matière de statistiques.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 5 : Contrôle des institutions.

Article D951-1

Les organismes soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel en vertu de l'article L. 510-1 du code de la mutualité et du premier alinéa de l'article L. 951-1 du présent code communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale désignés par ce même article, en même temps qu'ils versent la contribution instituée à l'article L. 310-12-4 du code des assurances au titre des cotisations recouvrées au cours de l'année civile précédente, les éléments nécessaires à la détermination de l'assiette servant de base de calcul de la contribution.

L'arrêté prévu à l'article L. 951-1 du présent code est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D951-2

Le produit de la contribution instituée à l'article L. 310-12-4 du code des assurances due par les organismes mentionnés à l'article D. 951-1 est centralisé par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et versé par cette dernière à l'Autorité de contrôle prudentiel dans les conditions fixées par convention entre l'agence et l'Autorité.