

# Décision n° 2004 – 504 DC

## Loi relative à l'assurance maladie

### Consolidation à partir des articles attaqués par la saisine

Source : services du Conseil constitutionnel © 2004

#### *Sommaire*

<b>Code de la santé publique .....</b>	<b>4</b>
<b>Code de la sécurité sociale.....</b>	<b>7</b>
<b>Code général des impôts.....</b>	<b>53</b>
<b>Code pénal .....</b>	<b>59</b>
<b>Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. ....</b>	<b>60</b>
<b>Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 LFSS pour 2003 (2002-1487).....</b>	<b>61</b>

**Table des matières**

<b>Légende :</b> .....	<b>3</b>
<b>Code de la santé publique</b> .....	<b>4</b>
<i>Article L. 1110-4</i> .....	4
<i>Article L. 1111-2</i> .....	4
<i>Article L. 1111-8</i> .....	5
<i>Article L. 1111-9</i> .....	6
<b>Code de la sécurité sociale</b> .....	<b>7</b>
<i>Article L. 111-2-1</i> [créé par art. 1er].....	7
- <i>Article L. 111-11</i> [créé par art. 39 ; ex 21].....	7
<i>Article L. 136-2</i> [modifié par art. 72 – I ; ex 41- I].....	8
<i>Article L. 136-6</i> [modifié par art. 72 – IV ; ex 41- III <sup>o</sup> bis].....	10
<i>Article L. 136-7</i> [modifié par art. 72 – IV ; ex 41- III <sup>o</sup> bis].....	11
<i>Article L. 136-7-1</i> [modifié par art. 72 – III ; ex 41- III <sup>o</sup> ].....	13
<i>Article L. 136-8</i> [modifié par art. 72 – II 1 ; ex 41- II ].....	13
<i>Article L. 161-31</i> [modifié par art. 3 – III ; ex 2- III et 21 ex 12 et 22 ex 12bis].....	15
<i>Article L. 161-36-1</i> [créé par art. 3 - I ex 2- I].....	16
<i>Article L. 161-36-2</i> [créé par art. 3-I ex 2-I].....	16
<i>Article L. 161-36-3</i> [créé par art. 3-I ex 2-I].....	16
<i>Article L. 161-36-4</i> [créé par art. 3-I ex 2-I].....	17
<i>Article L. 162-1-1</i> [ abrogé par art. 3-III ex 2-III].....	17
<i>Article L. 162-1-2</i> [ abrogé par art. 3-III ex 2-III].....	17
<i>Article L. 162-1-3</i> [ abrogé par art. 3-III ex 2-III].....	17
<i>Article L. 162-1-4</i> [ abrogé par art. 3-III ex 2-III].....	17
<i>Article L. 162-1-5</i> [ abrogé par art. 3-III ex 2-III].....	18
<i>Article L. 162-1-6</i> [ abrogé par art. 3-III ex 2-III].....	18
<i>Article L. 162-1-13</i> [modifié par art. 55-II ex 31-II].....	19
<i>Article L. 162-1-14</i> [créé par art. 23-I ex 13-I].....	19
<i>Article L. 162-5</i> [modifié par art. 8-I ex 5-I et art. 55-II 2 <sup>o</sup> ex 31-III 1 <sup>o</sup> ].....	20
<i>Article L. 162-5-3</i> [créé par art. 7 ex 4].....	22
<i>Article L. 162-5-12</i> [modifié par art. 55-II 3 <sup>o</sup> ex 31-II 2 <sup>o</sup> ].....	22
<i>Article L. 162-9</i> [modifié par art. 55-II 4 <sup>o</sup> ex 31-II 3 <sup>o</sup> ].....	23
<i>Article L. 162-12-2</i> [modifié par art. 55-II 5 <sup>o</sup> ex 31-II 4 <sup>o</sup> ].....	24
<i>Article L. 162-12-9</i> [modifié par art. 55-II 5 <sup>o</sup> ex 31-II 4 <sup>o</sup> et 36 ex 20].....	25
<i>Article L. 162-12-16</i> [ modifié par art. 23-II ex 13-II et 48 ex 28].....	26
<i>Article L. 162-12-17</i> [modifié par art. 55-II 6 <sup>o</sup> ex 31-II 5 <sup>o</sup> et 50 I ex 29bisA-I et 36 ex 20].....	26
<i>Article L. 162-12-18</i> [modif. art. 55-II 7 <sup>o</sup> ex 31-II 6 <sup>o</sup> et 50-II ex 29bisA-II et 49-X ex 29-VIII et 36 ex 20]	27
<i>Article L. 162-12-19</i> [modif. art. 55-II 8 <sup>o</sup> ex 31-II 7 <sup>o</sup> et 50-III ex 29bisA-III et 36 ex 20].....	29
<i>Article L. 162-12-20</i> [modif. art. 55-II 9 <sup>o</sup> ex 31-II 8 <sup>o</sup> et 50-IV ex 29bisA-IV et 36 ex 20].....	29

Article L. 162-14	[modifié par art. 55-II 10° ex 31-II 11°]	30
Article L. 162-15	[modifié par art. 55-II 11° ex 31-II 10° et 48 ex28]	31
Article L. 162-16	[modifié par l'art. 43 (ex 25 1)]	32
Article L. 162-16-1	[modifié par art. 55-II 12° ex 31-II 11°]	33
Article L. 162-21	[modifié par art. 21- VII ex 12-VII]	33
Article L. 162-26	[créé par art. 8-II ex 5-II]	33
Article L. 162-32-1	[modifié par art. 55-II 13° ex 31-II 12°]	34
Article L. 182-2	[créé par art. 55 ex 31]	35
Article L. 182-2-1	[créé par art. 55 ex 31]	35
Article L. 182-2-2	[créé par art. 55 ex 31]	35
Article L. 182-2-3	[créé par art. 55 ex 31]	36
Article L. 182-2-4	[créé par art. 55 ex 31]	36
Article L. 182-2-5	[créé par art. 55 ex 31]	37
Article L. 182-2-6	[créé par art. 55 ex 31]	37
Article L. 182-2-7	[créé par art. 55 ex 31]	37
Article L. 182-3-1	[créé par art. 55 ex 31]	37
Article L. 182-4-1	[créé par art. 55 ex 31]	37
Article L. 221-2	[complété par art. 53-I ex 30-I]	39
Article L. 221-3	[modifié par art. 53-II ex 30-II]	39
Article L. 221-3-1	[créé par art. 53-IV ex 30-III]	41
Article L. 221-3-2	[créé par art. 53-III ex 30-II bis]	42
Article L. 221-4	[modifié par art. 53-V ex 30-IV]	42
Article L. 221-5	[ modifié par 69 ex 38]	42
Article L. 242-1	[ modifié par art. 57-VI ex 32-VI]	43
Article L. 242-5	[modifié par art. 53-VI ex 30-VI]	44
Article L. 251-4	[ abrogé par art. 41-III ex 23-III]	45
Article L 321-1	[pour info]	46
Article L. 322-2	[ modifié par art. 20-I ex 11-I et par 41-I ex 23-I]	47
Article L. 322-3	[ modifié par art. 41-II ex 23-II et 6-I et IV ex 3]	48
Article L. 322-4	[modifié par art. 20-II ex 11-II]	49
Article L. 322-5-2	[modifié par art. 55-II 14° ex 31-II 13°]	49
Article L. 325-1	[modifié par art. 20-III ex 11-III]	50
Article L. 432-1	[ modifié par art. 20-IV ex 11-IV]	52
Article L. 871-1	[créé par art. 57 ex 32]	52
<b>Code général des impôts</b>		<b>53</b>
Article 83	[ modifié par art. 57-III ex 32-III]	53
Article 154 bis	[ modifié par art. 57-IV ex 32-IV]	56
Article 995	[ modifié par art. 57-V ex 32-V]	57
<b>Code pénal</b>		<b>59</b>
Article 226-13		59
<b>Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.</b>		<b>60</b>

<i>Article 6</i> .....	60
<i>Article 9-1</i> [créé par art. 57-VII ex 32-VII].....	60
<b>Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 LFSS pour 2003 (2002-1487)</b> .....	<b>61</b>
- <i>Article 31</i> [abrogé par art. 39-II ex 21-II] .....	61

<b>Légende :</b>
------------------

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

# Code de la santé publique

Première partie : Protection générale de la santé

Livre 1: Protection des personnes en matière de santé

Titre 1: Droits des personnes malades et des usagers du système de santé

Chapitre préliminaire : Droits de la personne

## **Article L. 1110-4**

*(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 3 Journal Officiel du 5 mars 2002)*

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que le famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Chapitre 1 : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté

## **Article L. 1111-2**

*(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 9 Journal Officiel du 5 mars 2002)*

*(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)*

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de

prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

### **Article L. 1111-8**

*(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)*

Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée.

Les traitements de données de santé à caractère personnel que nécessite l'hébergement prévu au premier alinéa doivent être réalisés dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. La prestation d'hébergement fait l'objet d'un contrat. Lorsque cet hébergement est à l'initiative d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, le contrat prévoit que l'hébergement des données, les modalités d'accès à celles-ci et leurs modalités de transmission sont subordonnées à l'accord de la personne concernée.

Les conditions d'agrément des hébergeurs sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils de l'ordre des professions de santé ainsi que du conseil des professions paramédicales. Ce décret mentionne les informations qui doivent être fournies à l'appui de la demande d'agrément, notamment les modèles de contrats prévus au deuxième alinéa et les dispositions prises pour garantir la sécurité des données traitées en application de l'article 29 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée, en particulier les mécanismes de contrôle et de sécurité dans le domaine informatique ainsi que les procédures de contrôle interne. Les dispositions de l'article L. 4113-6 s'appliquent aux contrats prévus à l'alinéa précédent.

L'agrément peut être retiré, dans les conditions prévues par l'article 24 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, en cas de violation des prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l'agrément.

Seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissements de santé qui les prennent en charge et

qui sont désignés par les personnes concernées, selon des modalités fixées dans le contrat prévu au deuxième alinéa, dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-7.

Les hébergeurs tiennent les données de santé à caractère personnel qui ont été déposées auprès d'eux à la disposition de ceux qui les leur ont confiées. Ils ne peuvent les utiliser à d'autres fins. Ils ne peuvent les transmettre à d'autres personnes que les professionnels de santé ou établissements de santé désignés dans le contrat prévu au deuxième alinéa.

Lorsqu'il est mis fin à l'hébergement, l'hébergeur restitue les données qui lui ont été confiées, sans en garder de copie, au professionnel, à l'établissement ou à la personne concernée ayant contracté avec lui.

Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et les personnes placées sous leur autorité qui ont accès aux données déposées sont astreintes au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel ou qui proposent cette prestation d'hébergement sont soumis, dans les conditions prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3, au contrôle de l'Inspection générale des affaires sociales et des agents de l'Etat mentionnés à l'article L. 1421-1. Les agents chargés du contrôle peuvent être assistés par des experts désignés par le ministre chargé de la santé.

### **Article L. 1111-9**

*(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)*

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent chapitre. Les modalités d'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, font l'objet de recommandations de bonnes pratiques établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

# Code de la sécurité sociale

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

Titre 1 : Généralités

Chapitre 1er : Organisation de la sécurité sociale

Section 1 : *PAS DE SECTION*

## **Article L. 111-2-1** [créé par art. 1er]

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

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

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

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

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

## « CHAPITRE I<sup>ER</sup> TER

« *Objectifs de dépenses et de recettes* [créé par art. 39 ; ex 21]

## **- Article L. 111-11** [créé par art. 39 ; ex 21]

**Chaque caisse nationale d'assurance maladie transmet avant le 30 juin de chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement des propositions relatives à l'évolution de ses charges et de ses produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. Ces propositions tiennent compte des objectifs de santé publique.**

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



Titre III : Dispositions communes relatives au financement  
Chapitre 6 : Contribution sociale généralisée  
Section 1 : De la contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement

**Article L. 136-2** [modifié par art. 72 – I ; ex 41- I]

(Loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 art. 7 I, art. 8 IV et V Journal Officiel du 23 juillet 1993)

(Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 art. 82 II, III Journal Officiel du 19 janvier 1994)

(Loi n° 94-640 du 25 juillet 1994 art. 33 IV Journal Officiel du 27 juillet 1994)

(Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 art. 10 Journal Officiel du 29 décembre 1996)

(Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 art. 2 I art. 3 Journal Officiel du 23 décembre 1997)

(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 2 I Journal Officiel du 30 décembre 1999)

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

(Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 5 II Journal Officiel du 24 décembre 2000)

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 55 IX Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 72 Journal Officiel du 18 janvier 2002)

(Loi n° 2002-276 du 27 février 2002 art. 69 IV Journal Officiel du 28 février 2002)

(Loi n° 2002-1576 du 30 décembre 2002 art. 55 finances rectificative pour 2002 Journal Officiel du 31 décembre 2002)

(Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 31 IV, art. 113 III Journal Officiel du 22 août 2003)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 60 V 4<sup>e</sup> Journal Officiel du 19 décembre 2003)

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

Sur le montant brut des traitements, indemnités autres que celles visées au 7<sup>o</sup> du II ci-dessous, émoluments, salaires, des revenus des artistes-auteurs assimilés fiscalement à des traitements et salaires et des allocations de chômage, il est opéré une réduction représentative de frais professionnels forfaitairement fixée à ~~5 p. 100~~ **3 p 100** de ce montant.

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

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

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

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

1<sup>o</sup> Les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement prévu à l'article L. 441-4 du code du travail ;

2<sup>o</sup> Les sommes réparties au titre de la réserve spéciale de participation conformément aux dispositions de l'article L. 442-4 du code du travail, ainsi que les sommes versées par l'entreprise en application de l'article L. 443-8 du même code ; la contribution est précomptée par l'entreprise ou l'organisme de gestion respectivement lors de la répartition de la réserve spéciale, ou lors du versement au plan d'épargne d'entreprise ;

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

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

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

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

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

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

5° Les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ou, en tout état de cause, est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 duodecies du code général des impôts, ainsi que toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail ;

5° bis Les indemnités versées à l'occasion de la cessation de leurs fonctions aux mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts, ou, en cas de cessation forcée de ces fonctions, la fraction de ces indemnités qui excède les montants définis au deuxième alinéa du 1 de l'article 80 duodecies du même code ;

6° L'allocation visée à l'article 15 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille ;

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

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

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

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

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

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

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

6° (Abrogé).

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

Nota : Loi 2003-775 2003-08-21 art. 31 IV et V : Le 6° du III de l'article L. 136-2 demeure applicable aux allocations versées en application du V du présent article.

Ces dispositions sont applicables à compter du 1er juillet 2004 sous les réserves ci-après :

1° Les personnes bénéficiant, à cette date, de l'allocation instituée à l'article L. 356-1 du code de la sécurité sociale continuent de la percevoir, dans des conditions fixées par décret ;

2° La condition de ressources instituée par le I du présent article n'est opposable aux personnes titulaires d'une pension de réversion lors de son entrée en vigueur qu'en cas d'attribution d'un autre avantage personnel de vieillesse ou d'invalidité ;

3° Les conditions de suppression progressive de la condition d'âge prévue par le premier alinéa de l'article L. 353-1 du même code sont déterminées par décret ; les personnes qui ne remplissent pas cette condition d'âge peuvent bénéficier de l'assurance veuvage dans les conditions en vigueur à la date de publication de la présente loi ;

4° Les allocations veuvage versées en application du 1° et du 3° sont à la charge de l'assurance vieillesse.

Nota : Loi 2003-1199 2003-12-18 art. 60 VIII : les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2004 pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2004 ainsi que pour les enfants nés avant cette date alors que leur date de naissance présumée était postérieure au 31 décembre 2003.

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

### **Article L. 136-6** [modifié par art. 72 – IV ; ex 41- III°bis]

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

(Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 49 III Journal Officiel du 5 février 1995)

(Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 art. 11 III, art. 13 Journal Officiel du 29 décembre 1996)

(Loi n° 96-1182 du 30 décembre 1996 art. 46 I finances rectificative pour 1996 Journal Officiel du 31 décembre 1996)

(Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 art. 5 V art. 10 I Journal Officiel du 23 décembre 1997)

(Loi n° 97-1269 du 30 décembre 1997 art. 21 VII finances pour 1998 Journal Officiel du 31 décembre 1997 en vigueur le 1er janvier 1998)

(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 7 4°, 5°, art. 8 I Journal Officiel du 27 décembre 1998)

(Loi n° 98-1267 du 30 décembre 1998 art. 39 finances rectificative pour 1998 Journal Officiel du 31 décembre 1998)

(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 3 art. 4 Journal Officiel du 30 décembre 1999)

(Loi n° 99-1173 du 30 décembre 1999 art. 51 finances rectificative pour 1999 Journal Officiel du 31 décembre 1999)

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

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 68 I a Journal Officiel du 19 décembre 2003)

(Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 art. 10 VI, art. 13 IV e, art. 93 I c finances pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2003)

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

- a) Des revenus fonciers ;
- b) Des rentes viagères constituées à titre onéreux ;
- c) Des revenus de capitaux mobiliers ;
- ~~d) Des plus-values mentionnées aux articles 150 U à 150 UB du code général des impôts ;~~
- e) Des plus-values, gains en capital et profits réalisés sur les marchés à terme d'instruments financiers et de marchandises, ainsi que sur les marchés d'options négociables, soumis à l'impôt sur le revenu à un taux proportionnel.

Pour l'application de l'alinéa précédent, le gain net retiré de la cession d'actions acquises dans les conditions prévues aux articles 208-1 à 208-8-2 de la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales est égal à la différence entre le prix effectif de cession des actions net des frais et taxes acquittés par le cédant et le prix de souscription ou d'achat majoré, le cas échéant, des rémunérations visées au deuxième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

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

Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est pas fait application des abattements mentionnés au I de l'article 125-0 A, aux 2° et 5° du 3 ainsi qu'au 4 bis de l'article 158 du code général des impôts.

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

- a) Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application de l'article L. 69 du livre des procédures fiscales ;
- b) Tous autres revenus dont l'imposition est attribuée à la France par une convention internationale relative aux doubles impositions et qui n'ont pas supporté la contribution prévue à l'article L. 136-1.

II. bis. - Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts sont également assujetties à la contribution mentionnée au I à raison des plus-values exonérées d'impôt sur le revenu en application du 7 du III de l'article 150-0 A dudit code.

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

la contribution mentionnée au II bis dont l'assiette est calculée conformément aux dispositions de l'article 150-0 D du code général des impôts.

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

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

La majoration de 10 p. 100 prévue à l'article 1761 du même code est appliquée au montant de la contribution qui n'a pas été réglé dans les trente jours suivant la mise en recouvrement.

Nota : Loi 2003-1311 2003-12-30 finances pour 2004 art. 10 X : les présentes dispositions s'appliquent pour l'imposition des plus-values réalisées lors des cessions à titre onéreux intervenues à compter du 1er janvier 2004.

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

#### **Article L. 136-7** [modifié par art. 72 – IV ; ex 41- III°bis]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. - Les produits de placements sur lesquels est opéré le prélèvement prévu à l'article 125 A du code général des impôts sont assujettis à une contribution à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des 3° et 4° du II et sauf s'ils sont versés aux personnes visées au III du même article. **Les plus-values mentionnées aux articles 150 U à 150 UB du code général des impôts sont également assujetties à cette contribution.**

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

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

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

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

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

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

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

b) En cas de retrait ou de rachat n'entraînant pas la clôture du plan, le gain net afférent à chaque retrait ou rachat est déterminé par différence entre, d'une part, le montant du retrait ou rachat et, d'autre part, une fraction de la valeur liquidative ou de rachat au 1er janvier 1997 augmentée des versements effectués sur le

plan depuis cette date et diminuée du montant des sommes déjà retenues à ce titre lors des précédents retraits ou rachats ; cette fraction est égale au rapport du montant du retrait ou rachat effectué à la valeur liquidative totale du plan à la date du retrait ou du rachat ;

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

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

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

8° Les répartitions de sommes ou valeurs effectuées par un fonds commun de placement à risques dans les conditions prévues aux I et II de l'article 163 quinquies B du code général des impôts, les distributions effectuées par les sociétés de capital-risque dans les conditions prévues aux deuxième à cinquième alinéas du I et aux deuxième à sixième alinéas du II de l'article 163 quinquies C du même code et celles effectuées par les sociétés unipersonnelles d'investissement à risque dans les conditions prévues à l'article 163 quinquies C bis du même code, lors de leur versement, ainsi que les gains nets mentionnés aux 1 et 1 bis du III de l'article 150-0 A du même code ;

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

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

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

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

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

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

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

Nota : Loi 2003-1311 2003-12-30 finances pour 2004 art. 83 V, art. 91 IV : conditions d'application

## Section 4 : De la contribution sociale sur les sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion des jeux

### **Article L. 136-7-1** [modifié par art. 72 – III ; ex 41- III°]

(Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 art. 16 II, III Journal Officiel du 29 décembre 1996)

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

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

I. - Il est institué une contribution sur une fraction des sommes mises, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, sur les jeux exploités par La Française des jeux pour les tirages, les événements sportifs et les émissions. Cette fraction est égale à 23 p. 100 des sommes mises.

Cette contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement prévu au I de l'article 48 de la loi de finances pour 1994 (n° 93-1352 du 30 décembre 1993).

II. - Il est institué une contribution sur une fraction des sommes engagées en France au pari mutuel sur et hors hippodromes. Cette fraction est égale à 14 p. 100 des sommes engagées.

Cette contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement institué par la loi du 2 juin 1891 ayant pour objet de réglementer l'autorisation et le fonctionnement des courses de chevaux.

III. - Il est institué une contribution sur le produit brut de certains jeux réalisé dans les casinos régis par la loi du 15 juin 1907 réglementant le jeu dans les cercles et les casinos des stations balnéaires, thermales et climatiques.

Cette contribution est, d'une part, de ~~7,50 p. 100~~ **9,5 p. 100** sur une fraction égale à 68 % du produit brut des jeux automatiques des casinos et, d'autre part, de ~~10 p. 100~~ **12 p. 100** prélevés sur tous les gains d'un montant supérieur ou égal à 1 500 euros, réglés aux joueurs par des bons de paiement manuels définis à l'article 69-20 de l'arrêté du 23 décembre 1959 portant réglementation des jeux dans les casinos.

Cette contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement prévu à l'article 50 de la loi de finances pour 1991 (n° 90-1168 du 29 décembre 1990).

## Section 5 : Dispositions communes

### **Article L. 136-8** [modifié par art. 72 – II 1 ; ex 41- II ]

(Loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 art. 7 IV, art. 8 III Journal Officiel du 23 juillet 1993)

(Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 art. 16 I, art. 17 Journal Officiel du 29 décembre 1996)

(Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 art. 2 II art. 5 I Journal Officiel du 23 décembre 1997)

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

(Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 art. 17 I a Journal Officiel du 24 décembre 2000)

(Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 art. 9 II Journal Officiel du 21 juillet 2001 en vigueur le 1er janvier 2002)

(Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 art. 15 IV Journal Officiel du 1er juillet 2004)

~~I. - Le taux des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 est fixé à 7,50 p. 100, sous réserve des taux fixés au III de l'article L. 136-7-1.~~

**Le taux des contributions sociales est fixé :**

**1° A 7,5 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;**

**2° A 8,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;**

**3° A 9,5 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-7-1, sous réserve des taux fixés au III du même article.**

~~II. - Par dérogation au I, sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les pensions de retraite et d'invalidité, les allocations de chômage et de préretraite ainsi que les indemnités et allocations visées au 7° du II de l'article L. 136-2.~~

**Par dérogation au I :**

**1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités et allocations mentionnées au 7° du II de l'article L. 136-2 ;**

**2° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions de retraite, les pensions d'invalidité et les allocations de préretraite.**

III. - Par dérogation au I et au II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus visés aux 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, perçus par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est inférieure au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts et dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article.

IV. - ~~Le produit des contributions mentionnées au I est versé à la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 1,1 p. 100 au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 1,05 %, à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie instituée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées pour la part correspondant à un taux de 0,1 % et, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1, aux régimes obligatoires d'assurance maladie pour la part correspondant à un taux de 5,25 % pour les revenus visés au I, de 3,95 % pour les revenus visés au II ou de 3,8 % pour les revenus visés au III. Le produit des contributions visées au III de l'article L. 136-7-1 est réparti au prorata des taux visés dans le présent paragraphe.~~

**Le produit des contributions mentionnées au I est versé :**

**1° A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 1,1 % et, par dérogation, de 1,08 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % ;**

**2° Au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 1,05 % et, par dérogation, de 1,03 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % ;**

**3° A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie visée à l'article 8 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, pour la part correspondant à un taux de 0,1 % ;**

**4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code, pour la part correspondant à un taux :**

**a) Sous réserve des dispositions du g, de 5,25 % pour les contributions mentionnées au 1° du I ;**

**b) De 7,25 % pour les contributions mentionnées au 3° du I ;**

**c) De 5,95 % pour les contributions mentionnées au 2° du I ;**

**d) De 3,95 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ;**

**e) De 4,35 % pour les revenus mentionnés au 2° du II ;**

**f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III ;**

**g) De 5,29 % pour les revenus mentionnés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 %.**

**Le produit des contributions mentionnées au III de l'article L. 136-7-1 est réparti dans les mêmes proportions que les contributions visées aux I et II du même article.**

**Article L. 161-31** *[modifié par art. 3 – III ; ex 2- III et 21 ex 12 et 22 ex 12bis]*

I. - Les organismes d'assurance maladie délivrent une carte électronique individuelle inter-régimes à tout bénéficiaire de l'assurance maladie **qui comporte une photographie de celui-ci**. ~~Cette carte constitue un élément et un instrument de la politique de santé. Elle doit permettre d'exprimer de manière précise l'accord du titulaire ou de son représentant légal pour faire apparaître les éléments nécessaires non seulement à la coordination des soins mais aussi à un suivi sanitaire.~~

**Cette carte est valable partout en France et tout au long de la vie de son titulaire, sous réserve que la personne bénéficie de prestations au titre d'un régime d'assurance maladie et des mises à jour concernant un changement de régime ou des conditions de prise en charge. Elle est délivrée gratuitement.**

**En cas de vol, perte ou dysfonctionnement, la carte est remplacée par l'organisme d'affiliation de l'assuré.**

Le contenu de la carte, les modalités d'identification de son titulaire et ses modes de délivrance, de renouvellement, de mise à jour et d'utilisation sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

II. - ~~Dans l'intérêt de la santé du patient, cette carte comporte un volet de santé défini à l'article L. 162-1-6, destiné à ne recevoir que les informations nécessaires aux interventions urgentes ainsi que les éléments permettant la continuité et la coordination des soins. Cette carte électronique comporte un volet d'urgence destiné à recevoir les informations nécessaires aux interventions urgentes. Les professionnels de santé peuvent porter sur le volet, avec le consentement exprès du titulaire de la carte, les informations nécessaires aux interventions urgentes. Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe les conditions d'application de cette mesure ainsi que les conditions d'accès aux différentes informations figurant dans ce volet d'urgence.~~

III. – **L'utilisation de cette carte permet d'exprimer l'accord du titulaire pour autoriser un médecin ayant adhéré à la convention mentionnée à l'article L. 162-5 ou exerçant dans un établissement ou un centre de santé et dûment authentifié au moyen de la carte mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 à prendre connaissance des informations contenues sur le relevé mis à sa disposition en application de l'article L. 162-4-3.**

IV. – **Sur le premier décompte de l'année civile envoyé à l'assuré figure le montant des dépenses engagées par celui-ci au cours de l'année civile précédente.**

V. – **Le pharmacien qui délivre à un assuré social porteur de la carte électronique individuelle interrégimes ou à un de ses ayants droit une spécialité pharmaceutique remboursable par les régimes de l'assurance maladie lui communique, pour information, la charge que la spécialité représente pour ces régimes. Un décret précise les conditions de cette obligation de communication.**

NOTA (art. 21) : – Les dispositions prévues par le I bis entrent en vigueur à compter du prochain renouvellement de la carte mentionnée à l'article L. 161-31 du même code  
Les dispositions prévues au II de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale entreront en vigueur à compter du prochain renouvellement de la carte mentionnée au I du même article



**Article L. 161-36-1** [créé par art. 3 - I ex 2- I]

Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose, dans les conditions et sous les garanties prévues à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical personnel constitué de l'ensemble des données mentionnées à l'article L. 1111-8 du même code, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins. Le dossier médical personnel comporte également un volet spécialement destiné à la prévention.

Ce dossier médical personnel est créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé dans les conditions prévues à l'article L. 1111-8 du même code.

L'adhésion aux conventions nationales régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé, prévues à l'article L. 162-5 du présent code, et son maintien, sont subordonnés à la consultation ou à la mise à jour du dossier médical personnel de la personne prise en charge par le médecin.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007.

**Article L. 161-36-2** [créé par art. 3-I ex 2-I]

Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables ainsi que des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-2 du code de la santé publique, et selon les modalités prévues à l'article L. 1111-8 du même code, chaque professionnel de santé, exerçant en ville ou en établissement de santé, quel que soit son mode d'exercice, reporte dans le dossier médical personnel, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge. En outre, à l'occasion du séjour d'un patient, les professionnels de santé habilités des établissements de santé reportent sur le dossier médical personnel les principaux éléments résumés relatifs à ce séjour.

Le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie prévu à l'article L. 322-2 est subordonné à l'autorisation que donne le patient, à chaque consultation ou hospitalisation, aux professionnels de santé auxquels il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter. Le professionnel de santé est tenu d'indiquer, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, s'il a été en mesure d'accéder au dossier.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent pas aux personnes visées aux chapitres I<sup>er</sup> à V du titre VI du livre VII pour les soins reçus à l'étranger ou à l'occasion d'un séjour temporaire en France.

**NOTA : Article 3 – II :** Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 161-36-2 du même code s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007

**Article L. 161-36-3** [créé par art. 3-I ex 2-I]

L'accès au dossier médical personnel ne peut être exigé en dehors des cas prévus à l'article L. 161-36-2, même avec l'accord de la personne concernée.

L'accès au dossier médical personnel est notamment interdit lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et à l'occasion de la conclusion de tout autre contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé d'une des parties. L'accès à ce dossier ne peut également être exigé ni préalablement à la conclusion d'un contrat, ni à aucun moment ou à aucune occasion de son application.

Le dossier médical personnel n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail.

**Tout manquement aux présentes dispositions donne lieu à l'application des peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.**

**Article L. 161-36-4** [créé par art. 3-I ex 2-I]

**Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé ainsi que du conseil supérieur des professions paramédicales, fixe les conditions d'application de la présente section et notamment les conditions d'accès aux différentes catégories d'informations qui figurent au dossier médical personnel.**

Chapitre II : Dispositions générales relatives aux soins

**Article L. 162-1-1** [abrogé par art. 3-III ex 2-III]

*(inséré par Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 7 I Journal Officiel du 25 avril 1996)*

~~Afin de favoriser la continuité des soins, tout bénéficiaire de l'assurance maladie âgé de plus de seize ans reçoit un carnet de santé qui lui est attribué gratuitement par les organismes d'assurance maladie. Ce carnet est détenu par le patient.~~

**Article L. 162-1-2** [abrogé par art. 3-III ex 2-III]

*(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 7 I Journal Officiel du 25 avril 1996)*

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

~~Le carnet de santé ne peut être communiqué qu'aux médecins appelés à donner des soins au patient. Il peut également, avec l'accord du patient, pour ce qui les concerne, être présenté aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes, ainsi qu'aux autres professions énumérées à l'article L. 162-1-6 dans les conditions prévues par cet article. Le service du contrôle médical de l'organisme d'assurance maladie dont relève son titulaire peut, dans l'exercice de ses missions, en obtenir communication, afin de veiller à sa bonne tenue.~~

~~Les personnes appelées à prendre connaissance des renseignements qui sont inscrits dans le carnet sont astreintes au secret professionnel.~~

~~Quiconque aura obtenu ou tenté d'obtenir la communication du carnet de santé d'un patient en violation des dispositions du premier alinéa sera puni d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 15000 euros.~~

**Article L. 162-1-3** [abrogé par art. 3-III ex 2-III]

*(inséré par Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 7 I Journal Officiel du 25 avril 1996)*

~~Le patient est tenu, sauf cas de force majeure ou d'urgence, de présenter son carnet de santé à chaque médecin appelé à lui donner des soins.~~

**Article L. 162-1-4** [abrogé par art. 3-III ex 2-III]

*(inséré par Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 7 I Journal Officiel du 25 avril 1996)*

~~Les médecins appelés à donner des soins au patient doivent porter sur le carnet de santé, dans le respect des règles de déontologie qui leur sont applicables et, sauf opposition du patient, les constatations pertinentes pour le suivi médical du patient.~~

~~Il peut également être renseigné, dans leur domaine de compétence et en tant que de besoin, par les autres professions de santé mentionnées à l'article L. 162-1-6 dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.~~

**Article L. 162-1-5** [ abrogé par art. 3-III ex 2-III]

(inséré par Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 7 I Journal Officiel du 25 avril 1996)

Jusqu'à l'âge de seize ans, le carnet de santé prévu à l'article L. 163 du code de la santé publique est utilisé à la place du carnet mentionné à l'article L. 162-1-1

**Article L. 162-1-6** [ abrogé par art. 3-III ex 2-III]

(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 7 I Journal Officiel du 25 avril 1996)

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 36 III Journal Officiel du 28 juillet 1999)

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

~~I. — Chaque professionnel de santé habilité conformément au 2° du IV du présent article porte sur le volet de santé de la carte d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-31, dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables, les informations nécessaires aux interventions urgentes, ainsi que les éléments permettant la continuité et la coordination des soins.~~

~~Ces mentions sont subordonnées, s'agissant des majeurs non placés sous un régime de tutelle, à l'accord du titulaire de la carte et, s'agissant des mineurs, à l'accord du (ou des) parent(s) exerçant l'autorité parentale, ou, le cas échéant, du tuteur.~~

~~Les personnes habilitées à donner l'accord mentionné à l'alinéa précédent peuvent conditionner l'accès à une partie des informations contenues dans le volet de santé à l'utilisation d'un code secret qu'elles auront elles-mêmes établi.~~

~~II. — Le titulaire de la carte, ou son représentant légal, s'il s'agit d'un majeur sous tutelle, peut avoir accès, y compris à des fins d'exercice d'un droit de rectification, au contenu du volet de santé de la carte, par l'intermédiaire d'un professionnel de santé habilité de son choix et pour les informations auxquelles ce professionnel a lui-même accès. S'agissant d'un mineur, ce droit appartient aux parents exerçant l'autorité parentale ou, le cas échéant, au tuteur de l'intéressé.~~

~~Les personnes habilitées à donner l'accord mentionné au deuxième alinéa du I du présent article sont informées par le professionnel de santé des modifications du contenu du volet de santé auxquelles ce professionnel a l'intention de procéder. Ces personnes peuvent s'opposer à ce que des informations soient mentionnées sur le volet de santé de la carte. Elles peuvent obtenir d'un médecin habilité la suppression d'informations qui y auraient été inscrites.~~

~~III. — Les professionnels de santé qui effectuent des remplacements disposent des mêmes droits de consultation, d'inscription et d'effacement que le professionnel qu'ils remplacent.~~

~~Les internes et résidents en médecine, odontologie ou pharmacie sont habilités à consulter, écrire et effacer des informations sous la responsabilité et dans les mêmes conditions que les médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens sous la responsabilité desquels ils sont placés.~~

~~IV. — Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis public et motivé du Conseil national de l'ordre des médecins et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe :~~

~~1° La nature des informations portées sur le volet de santé et les modalités d'identification des professionnels ayant inscrit des informations sur le volet de santé ;~~

~~2° Les conditions dans lesquelles, selon les types d'information, les médecins, chirurgiens dentistes, sages femmes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale sont habilités à consulter, inscrire ou effacer ces informations, et les modalités selon lesquelles ces opérations sont exécutées à l'occasion de la dispensation des soins ou de la délivrance des prestations ;~~

~~3° Les conditions dans lesquelles l'accès aux informations figurant sur le volet de santé nécessite l'usage de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33, ainsi que l'accord explicite du titulaire de la carte mentionnée à l'article L. 161-31 ;~~

~~4° Les catégories d'informations dont l'accès peut être conditionné à l'utilisation d'un code secret établi par le titulaire ;~~

~~5° Les catégories d'informations dont il ne peut être délivré copie.~~

~~V. — La date à partir de laquelle le volet de santé doit figurer sur la carte d'assurance maladie est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.~~

~~VI. — Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication d'informations portées sur un volet de santé en violation des dispositions du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.~~

~~Le fait de modifier ou de tenter de modifier les informations portées sur un volet de santé en violation des dispositions du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.~~

**Article L. 162-1-13** *[modifié par art. 55-II ex 31-II]*

*(inséré par Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 art. 1 I Journal Officiel du 7 mars 2002 et rectificatif JORF 26 mars 2002)*

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont définis par un accord-cadre conclu ~~par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et le Centre national des professions de santé, regroupant des organisations syndicales représentatives des professions concernées~~ **par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Union nationale des professionnels de santé.**

Cet accord-cadre ne s'applique à une des professions susmentionnées que si au moins une organisation syndicale représentative de cette profession l'a signé.

Cet accord-cadre, conclu pour une durée au plus égale à cinq ans, fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions entrant dans le champ des conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre et à l'article L. 322-5-2. Il peut notamment déterminer les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville, ainsi que les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés et une meilleure coordination des soins ou pour promouvoir des actions de santé publique.

**Article L. 162-1-14** *[créé par art. 23-I ex 13-I]*

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

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

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

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

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

Section 1 : Médecins

Sous-section 1 : Dispositions relatives aux relations conventionnelles

**Article L. 162-5** [modifié par art. 8-I ex 5-I et art. 55-II 2° ex 31-III 1°]

(Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 art. 17 Journal Officiel du 25 janvier 1990)

(Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 art. 2 Journal Officiel du 5 janvier 1993)

(Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 art. 77 II Journal Officiel du 19 janvier 1994)

(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 17 III, IV Journal Officiel du 25 avril 1996)

(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 22 art. 24 III Journal Officiel du 27 décembre 1998 en vigueur le 10 juillet 1998)

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 56 I Journal Officiel du 28 juillet 1999)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 60 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 33, art. 40 II Journal Officiel du 24 décembre 2002)

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par ~~la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre Caisse nationale d'assurance maladie~~ **l'Union nationale des caisses d'assurances maladie** et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par ~~la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre Caisse nationale d'assurance maladie~~ **l'Union nationale des caisses d'assurances maladie** et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.

La ou les conventions nationales peuvent faire l'objet de clauses locales particulières, sous forme d'accords complémentaires entre les caisses primaires d'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et modalités d'approbation de ces accords.

La ou les conventions déterminent notamment :

- 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ;
- 2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers ;
- 2° bis Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ;
- 3° (Abrogé) ;
- 3° bis Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;
- 4° Les modalités de financement des expérimentations et des actions innovantes ;

- 5° Les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales;
- 6° Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concourant au respect des dispositions prévues à l'article L. 162-5-2, et notamment des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, la sélection des thèmes de références médicales, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application, et la mise en oeuvre de contrats locaux de maîtrise de dépenses dans chaque circonscription de caisse ;
- 7° Le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion dont le montant peut varier en fonction de la zone géographique et de l'exercice, par le médecin, d'une spécialité ou de la médecine générale. Elles peuvent prévoir de subordonner cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice de la médecine nécessitant une inscription au tableau de l'Ordre des médecins ainsi que les modalités de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus ;
- 8° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L. 162-5-2 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent ;
- 9° Les conditions de l'utilisation pour l'application de la convention des informations mentionnées aux articles L. 161-28 et L. 161-29, relatives à l'activité des praticiens et notamment les modalités de transmission de ces données aux instances conventionnelles et aux unions de médecins visées à l'article 6 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;
- 10° Les conditions dans lesquelles est assuré le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution ;
- 12° Le cas échéant :
- a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ;
  - b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux ;
  - c) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus.
- 13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés.
- Pour la mise en oeuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1.
- 14° Les objectifs et les modalités d'organisation de la formation professionnelle conventionnelle, le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie signataires assurant son financement, les conditions d'indemnisation des médecins participant à des actions de formation professionnelle conventionnelle agréées ainsi que la dotation allouée à ce titre par les caisses nationales d'assurance maladie signataires. La gestion des sommes affectées à ces opérations est confiée à l'organisme gestionnaire conventionnel mentionné à l'article L. 162-5-12.
- 15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de bon usage des soins fixés par la convention.
- 16° Les modes de rémunération par l'assurance maladie, le cas échéant autres que le paiement à l'acte, de la participation des médecins au dispositif de permanence des soins en application des dispositions prévues à l'article L. 6325-1 du code de la santé publique.
- 17° Les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins ;**

18° Les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162-2-1, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, et les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin.

**Article L. 162-5-3** [créé par art. 7 ex 4]

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

Le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou d'un établissement ou service visé à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Un arrêté fixe les missions du médecin traitant quand celui-ci est un médecin salarié.

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

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

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

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

**Article L. 162-5-12** [modifié par art. 55-II 3° ex 31-II 2°]

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 56 II Journal Officiel du 28 juillet 1999)

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

La gestion des sommes affectées à la formation professionnelle au titre du 14° de l'article L. 162-5 est assurée par un organisme gestionnaire conventionnel. Cet organisme est doté de la personnalité morale. Il est administré par un conseil de gestion composé paritairement des représentants ~~des caisses nationales d'assurance maladie signataires~~ **de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie signataire** de la convention et des représentants des organisations syndicales de médecins signataires de la convention.

Lorsque les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, l'organisme gestionnaire conventionnel comporte deux sections. Chaque section est administrée par un conseil de gestion paritaire qui comprend, outre ~~les représentants des caisses mentionnées~~ **les représentants de l'Union mentionnée** à l'alinéa précédent, soit les représentants des syndicats médicaux signataires de la convention des médecins généralistes, soit les représentants des syndicats médicaux signataires de la convention des médecins spécialistes.

L'organisme gestionnaire conventionnel est chargée notamment :

- de la gestion des appels d'offres sur les actions de formation ;
- de l'enregistrement de projets soumis par les organismes de formation ;
- de la gestion administrative et financière des actions agréées sur la base d'une convention de financement passée avec ~~les caisses d'assurance maladie signataires~~ **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie signataire** de la ou des conventions mentionnées à l'article L. 162-5 ;
- de l'évaluation des actions de formation professionnelle conventionnelle ;
- de l'indemnisation des médecins participant aux actions de formation professionnelle conventionnelle.

Les modalités d'application du présent article, notamment les statuts de l'organisme gestionnaire conventionnel et les règles d'affectation des ressources aux sections, sont fixées par décret.

Section 2 : Chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux

Sous-section 1 : Conventions nationales

**Article L. 162-9** [modifié par art. 55-II 4° ex 31-II 3°]

(Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 art. 7 Journal Officiel du 31 juillet 1987)

(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 18 I et II, art. 26 I Journal Officiel du 25 avril 1996)

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 26 Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

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

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre ~~la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie~~ **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie** et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions.

Ces conventions déterminent :

- 1°) les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et celles des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;
- 2°) Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou les auxiliaires médicaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;
- 3°) La possibilité de mettre à la charge du chirurgien-dentiste, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical qui ne respecte pas les mesures prévues au 3° du présent article, tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2, ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie, correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures ;
- 4°) Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires ;
- 5°) Le cas échéant :
  - a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;
  - b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux ;
  - c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés au 1°, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;



6°) Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des professionnels mentionnés au 1°.

Elles fixent également les modalités d'application du 3°, et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations.

Pour la mise en oeuvre des 5° et 6°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1.

Les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention si elle autorise un dépassement pour les soins visés au 3° de l'article L. 861-3, la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes fixe le montant maximal de ce dépassement applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé ; à défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de dispositions spécifiques aux bénéficiaires de cette protection, un arrêté interministériel détermine la limite applicable à ces dépassements pour les intéressés.

Nota : Code de la sécurité sociale L766-1 : non application.

Nota : Code de la sécurité sociale L162-12-7 : le présent article du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux infirmiers.

Sous-section 5 : Dispositions relatives aux infirmiers

**Article L. 162-12-2** [modifié par art. 55-II 5° ex 31-II 4°]

(Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 art. 1 I Journal Officiel du 5 janvier 1993)

(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 18 III, art. 26 I et II Journal Officiel du 25 avril 1996)

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

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les infirmiers sont définis, dans le respect des règles déontologiques fixées par le code de la santé publique, par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des infirmiers et ~~la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie~~ **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie**.

Cette convention détermine notamment :

- 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des infirmiers ainsi que les conditions dans lesquelles sont pris en charge les actes effectués par un infirmier remplaçant un infirmier conventionné et les actes effectués par les infirmiers conventionnés dans les établissements et structures d'hébergement de toute nature ;
- 2° Les conditions d'organisation de la formation continue conventionnelle des infirmiers ainsi que le financement de cette formation ;
- 3° Les conditions, à remplir par les infirmiers pour être conventionnés et notamment celles relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un service organisé, aux sanctions prononcées le cas échéant à leur rencontre pour des faits liés à l'exercice de leur profession et au suivi d'actions de formation ;
- 4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;
- 5° Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins infirmiers dispensés aux assurés sociaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;
- 6° Le cas échéant :
  - a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;

- b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des infirmiers participant à ces réseaux ;
- c) Les droits et obligations respectifs des infirmiers, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

7° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des infirmiers.

Pour la mise en oeuvre des 6° et 7°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1.

Sous-section 6 : Dispositions relatives aux masseurs-kinésithérapeutes

**Article L. 162-12-9** [modifié par art. 55-II 5° ex 31-II 4° et 36 ex 20]

*(Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 art. 26 I Journal Officiel du 27 juillet 1994)*

*(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 18 III, V et VI, art. 26 I et II Journal Officiel du 25 avril 1996)*

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

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs des organisations syndicales les plus représentatives des masseurs-kinésithérapeutes et ~~la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie.~~ **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.**

Cette convention détermine notamment :

- 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des masseurs-kinésithérapeutes, y compris les conditions dans lesquelles sont pris en charge les actes effectués par un masseur-kinésithérapeute remplaçant un masseur-kinésithérapeute conventionné et les actes effectués par les masseurs-kinésithérapeutes conventionnés dans les établissements et structures d'hébergement de toute nature ;
- 2° Les conditions d'organisation de la formation continue conventionnelle des masseurs-kinésithérapeutes ainsi que le financement de cette formation ;
- 3° Les conditions à remplir par les masseurs-kinésithérapeutes pour être conventionnés et notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation ;
- 4° Le financement du fonctionnement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;
- 5° Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins de masso-kinésithérapie dispensés aux assurés sociaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;
- 6° La possibilité de mettre à la charge du masseur-kinésithérapeute qui ne respecte pas les mesures prévues au 5° ci-dessus tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2 ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures ;
- 7° Le cas échéant :
  - a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;
  - b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des masseurs kinésithérapeutes participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des masseurs-kinésithérapeutes, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

8° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités autres que curatives des masseurs-kinésithérapeutes.

Elle fixe également les modalités d'application de l'alinéa précédent, et notamment les conditions dans lesquelles le masseur-kinésithérapeute concerné présente ses observations.

Pour la mise en oeuvre des 7° et 8°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1.

## Section 2 – 1 : Références professionnelles

### **Article L. 162-12-16** [ modifié par art. 23-II ex 13-II et 48 ex 28]

(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 19 Journal Officiel du 25 avril 1996)

(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 29 VII Journal Officiel du 24 décembre 2002)

La ou les conventions mentionnées à l'article L. 162-5, ou, le cas échéant, le règlement mentionné à l'article L. 162-5-9, instituent un comité médical paritaire local composé pour moitié de représentants des caisses et pour moitié de représentants des organisations syndicales de médecins liées par convention avec des organismes d'assurance maladie. Ce comité est chargé notamment d'instruire les dossiers qui lui sont soumis concernant le respect des références mentionnées à l'article L. 162-5 ou, le cas échéant, des références figurant dans le règlement mentionné à l'article ~~L. 162-5-9~~. **L. 162-14-2.**

Le comité médical paritaire local entend le médecin mis en cause et se prononce par un vote dans un délai fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Sur la base des faits litigieux retenus par le comité médical paritaire local le service du contrôle médical propose à la caisse la sanction financière prévue par les conventions ou le règlement mentionnés au premier alinéa.

La décision prise par la caisse est exécutoire dès sa notification. ~~Elle peut être contestée devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale.~~ **Elle peut être contestée devant le tribunal administratif.**

Les sanctions prononcées par les caisses ou les tribunaux en application du présent article sont transmises pour information à l'instance ordinaire dont relève le médecin.

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

### **Article L. 162-12-17** [modifié par art. 55-II 6° ex 31-II 5° et 50 I ex 29bisA-I et 36 ex 20]

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

(Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 art. 3 I Journal Officiel du 7 mars 2002)

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

Un ou des accords de bon usage des soins peuvent être conclus, à l'échelon national, par les parties à la ou les conventions ~~mentionnées~~ **et l'accord national mentionnés** aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, **L. 162-32-1** et L. 322-5-2 et, à l'échelon régional, entre les unions régionales de caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par le ou les syndicats signataires de la ou des conventions nationales. Ces accords sont transmis, en tant qu'ils concernent les médecins, par ~~la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés~~ **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie** ou par l'union régionale des caisses d'assurance maladie aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral **ou dans l'accord national.**

En l'absence de convention, ces accords peuvent être conclus, à l'échelon national, entre ~~la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale~~

~~d'assurance maladie~~ **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie** et au moins un syndicat représentatif de chaque profession concernée et, à l'échelon régional, entre l'union régionale de caisses de sécurité sociale et les représentants, dans la région, des syndicats représentatifs au niveau national de chaque profession concernée.

Les accords nationaux et régionaux prévoient des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre. Ils peuvent fixer des objectifs quantifiés d'évolution de certaines dépenses et prévoir les modalités selon lesquelles les professionnels conventionnés **ou les centres de santé adhérant à l'accord national** peuvent percevoir, notamment sous forme de forfaits, une partie du montant des dépenses évitées par la mise en oeuvre de l'accord.

Cette partie est versée aux professionnels **ou aux centres de santé** concernés par l'action engagée, dans la limite, le cas échéant, d'un plafond, en fonction de critères définis par l'accord.

Les dispositions du précédent alinéa ne peuvent être mises en oeuvre que lorsque les résultats de ces actions ont été évalués dans les conditions prévues par l'accord et qu'ils établissent que les objectifs fixés ont été atteints.

Si les accords comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne peuvent être conclus qu'après avoir reçu l'avis de ~~l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé~~ **la Haute autorité de santé**. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par l'agence. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

Les accords régionaux sont approuvés par ~~le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie,~~ **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie**, qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires. A l'expiration de ce délai, l'accord est réputé approuvé. Les accords nationaux ou régionaux entrent en vigueur à compter de leur publication.

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

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

**Article L. 162-12-18** [*modif. art. 55-II 7° ex 31-II 6° et 50-II ex 29bisA-II et 49-X ex 29-VIII et 36 ex 20*]

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

*(Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 art. 3 II Journal Officiel du 7 mars 2002)*

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

Des contrats de bonne pratique sont définis, à l'échelon national par les parties aux conventions ~~mentionnées et l'accord national mentionnés~~ aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, **L. 162-32-1** et L. 322-5-2 et, à l'échelon régional, par les unions régionales des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par les syndicats signataires de la ou des conventions nationales. Les professionnels conventionnés ou **les centres de santé adhérant à l'accord national** peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui peut ouvrir droit, en contrepartie du respect des engagements qu'il prévoit, à un complément forfaitaire de rémunération et à la majoration de ~~la participation prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4.~~ **participation prévue à l'article L. 162-14-1**. Lorsqu'ils sont conclus au niveau régional, ces

contrats doivent être conformes aux objectifs, thèmes et règles générales de mise en oeuvre mentionnés dans la convention nationale **ou dans l'accord national**.

Le complément de rémunération ou la majoration ~~de participation~~ **de la participation prévue à l'article L. 162-14-2** peuvent être modulés en fonction de critères d'expérience, de qualité des pratiques ou d'engagements relatifs à la formation, au lieu d'installation et d'exercice du médecin dans les conditions prévues par ces contrats.

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

Le contrat comporte nécessairement des engagements relatifs :

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

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

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

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

- le niveau de l'activité du professionnel ;

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

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

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

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

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

Les contrats régionaux sont approuvés par ~~le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie,~~ **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie**, qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires. A l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.

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

Les contrats nationaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par ~~la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés~~ **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie** aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les contrats régionaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'union régionale des caisses d'assurance maladie au représentant de l'Etat

dans la région. Les contrats sont également transmis, en tant qu'ils concernent les médecins, aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral.

**Article L. 162-12-19** [modif. art. 55-II 8° ex 31-II 7° et 50-III ex 29bisA-III et 36 ex 20]

(Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 art. 3 III Journal Officiel du 7 mars 2002)

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

En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées à l'article L. 162-14-1, **en l'absence d'accord national pour les centres de santé**, ou en l'absence d'accords de bon usage des soins ou de contrats de bonne pratique, et après consultation de ~~l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé~~ **la Haute autorité de santé**, si les accords comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, et des syndicats représentatifs des professions concernées, les accords ou contrats mentionnés aux articles L. 162-12-17 et L. 162-12-18 peuvent être fixés par arrêté interministériel pris sur proposition de ~~la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et d'au moins une autre caisse nationale~~ **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie** ou, à défaut, à l'initiative des ministres compétents.

**Article L. 162-12-20** [modif. art. 55-II 9° ex 31-II 8° et 50-IV ex 29bisA-IV et 36 ex 20]

(Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 art. 4 Journal Officiel du 7 mars 2002)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 45 Journal Officiel du 19 décembre 2003)

Des contrats de santé publique sont définis, à l'échelon national, par les parties à la ou les conventions ~~mentionnées~~ **et l'accord national mentionnés** aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 ~~et L. 162-14~~, **L. 162-14 et L. 162-32-1** et, à l'échelon régional, par les unions régionales des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par les syndicats signataires de la ou des conventions nationales **et de l'accord national**. Les professionnels conventionnés **ou du centre de santé adhérent à l'accord national** peuvent adhérer individuellement à des contrats de santé publique qui peuvent ouvrir droit à une rémunération forfaitaire. Lorsqu'ils sont conclus au niveau régional, ces contrats doivent être conformes aux objectifs, thèmes et règles générales de mise en oeuvre mentionnés dans la convention nationale.

Ces contrats fixent les engagements des professionnels concernés et précisent les modalités d'actualisation de la rémunération forfaitaire qui leur est associée.

Ils comportent nécessairement, en complément des mesures prévues en la matière par l'accord-cadre et par la ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 **ou par l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1**, des engagements des professionnels relatifs à leur participation :

1° Soit à des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins, notamment à des réseaux de soins ;

2° Soit à des actions de prévention.

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

Ces contrats sont approuvés par ~~le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie~~ **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie**, qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires ; à l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.

Toutefois, pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par la convention médicale, le

ministre chargé de la santé ou, pour les contrats régionaux, le représentant de l'Etat dans la région peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

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

### Section 3 : Directeurs de laboratoires

#### **Article L. 162-14** [modifié par art. 55-II 10° ex 31-II 11°]

(Loi n° 91-738 du 31 juillet 1991 art. 2 Journal Officiel du 1er août 1991)

(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 26 I Journal Officiel du 25 avril 1996)

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

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

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale et ~~la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie~~ **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie**.

Cette convention détermine notamment :

- 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales ;
- 2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les laboratoires des obligations qui découlent pour eux de l'application de la convention ;
- 3° Les conditions dans lesquelles est organisée la formation continue des directeurs de laboratoires ;
- 4° (Abrogé)
- 5° Le cas échéant :
  - a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;
  - b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale participant à ces réseaux;
  - c) Les droits et obligations respectifs des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;
- 6° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des analyses de biologie médicale ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Pour la mise en oeuvre des 5° et 6°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1.

La convention définit les exigences particulières sans motif médical des patients donnant lieu à dépassement des tarifs.

**Article L. 162-15** [modifié par art. 55-II 11° ex 31-II 10° et 48 ex28]

(Loi n° 91-738 du 31 juillet 1991 art. 6 I Journal Officiel du 1er août 1991)

(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 26 II Journal Officiel du 25 avril 1996)

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

(Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 art. 1 II Journal Officiel du 7 mars 2002 et rectificatif JORF 26 mars 2002)

(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 29 V Journal Officiel du 24 décembre 2002)

Les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre ~~et l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13,~~ **l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et les accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1**, leurs annexes et avenants sont transmis, au nom des parties signataires, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, par ~~la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés~~ **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie** aux ministres chargés de la santé, ~~de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget.~~ **et de la sécurité sociale**. Le Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes est consulté par ~~la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés~~ **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie** sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de ces professions. L'avis rendu est transmis simultanément à ~~la caisse~~ **l'union** et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'accord-cadre, **les accords conventionnels interprofessionnels**, les conventions, annexes et avenants sont approuvés par les ministres chargés de la santé ~~de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget.~~ **et de la sécurité sociale**. Ils sont réputés approuvés si les ministres n'ont pas fait connaître aux signataires, dans le délai de ~~quarante-cinq jours~~ **vingt et un jours** à compter de la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ~~ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins~~ **ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsqu'il est porté atteinte au principe d'un égal accès aux soins**

Toutefois, lorsque la non-conformité aux lois et règlements en vigueur de l'accord-cadre, **des accords conventionnels interprofessionnels**, de la convention, de l'avenant ou de l'annexe concerne seulement une ou plusieurs dispositions divisibles, les ministres compétents peuvent, dans le délai prévu ci-dessus, disjoindre cette ou ces seules dispositions de l'approbation. Ils notifient cette disjonction à ~~la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi qu'à la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées.~~ **à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie**. Ils peuvent également, dans les mêmes conditions, lorsque l'accord-cadre, une convention ou un avenant a pour objet de rendre opposables les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15, exclure certaines références de l'approbation dans l'intérêt de la santé publique. Il est fait mention de ces exclusions lors de la publication.

**L'opposition formée à l'encontre de l'un des accords mentionnés au premier alinéa par au moins deux organisations syndicales représentant pour les médecins, d'après les résultats des élections aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral mentionnées aux articles L. 4134-1 à L. 4134-7 du code de la santé publique, la majorité absolue des suffrages exprimés et, pour les autres professions, au moins le double des effectifs de professionnels libéraux représentés par les organisations syndicales signataires, au vu de l'enquête de représentativité prévue à l'article L. 162-33, fait obstacle à sa mise en œuvre. Lorsque pour ces autres professions, moins de trois organisations syndicales ont été reconnues représentatives, l'opposition peut être formée par une seule organisation si celle-ci représente au moins le double des effectifs de professionnels libéraux représentés par l'organisation syndicale signataire. L'opposition prévue au présent alinéa s'exerce dans le mois qui suit la signature de l'accord et avant la transmission de ce dernier aux ministres**

~~L'accord-cadre, les conventions, annexes et avenants approuvés sont publiés au Journal officiel de la République française.~~



~~L'accord cadre et la convention nationale sont applicables aux professionnels concernés qui déclarent à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai fixé par cet accord cadre ou cette convention, y adhérer.~~

**L'accord-cadre, les accords conventionnels interprofessionnels, les conventions et leurs avenants approuvés sont publiés au *Journal officiel* de la République française.**

**L'accord-cadre, les conventions nationales, leurs avenants, le règlement et les accords de bon usage des soins mentionnés à l'article L. 162-12-17 sont applicables :**

- 1° Aux professionnels de santé qui s'installent en exercice libéral ou qui souhaitent adhérer à la convention pour la première fois s'ils en font la demande ;**
- 2° Aux autres professionnels de santé tant qu'ils n'ont pas fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils ne souhaitent plus être régis par ces dispositions.**

Section 4 : Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques

**Article L. 162-16** [modifié par l'art. 43 (ex 25 1)]

(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 29 IV Journal Officiel du 27 décembre 1998)

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 39 I 3° Journal Officiel du 28 juillet 1999)

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 19 II, art. 40 II a Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 43 I Journal Officiel du 24 décembre 2002)

Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de l'application de l'article L. 593 du code de la santé publique.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité ~~arrêté par les ministres de la santé et de la sécurité sociale après avis du Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code~~ **décidé par le Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le tarif forfaitaire de responsabilité dans un délai de quinze jours après la décision du comité.**

Lorsque le tarif forfaitaire s'applique, le plafond mentionné à l'article L. 138-9 est fixé à 2,5 % du prix des médicaments.

Les dispositions du cinquième alinéa du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire.

Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune, en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, la délivrance de cette spécialité ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe.

Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application du troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe.

En cas d'observation des dispositions des cinquième et sixième alinéas, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée aux cinquième et sixième alinéas, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget.

Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale.

**Article L. 162-16-1** [modifié par art. 55-II 12° ex 31-II 11°]

(Loi n° 96-452 du 28 mai 1996 art. 61 I Journal Officiel du 29 mai 1996)

(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 30 I Journal Officiel du 27 décembre 1998)

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 33 II 2° Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 39 I 2° Journal Officiel du 28 juillet 1999)

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation(s) syndicales(s) représentative(s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et ~~la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie~~, **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie**, d'autre part.

La convention détermine notamment :

- 1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ;
- 2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ;
- 3° Les thèmes de formation correspondant aux objectifs de l'assurance maladie susceptibles d'être retenus et les modalités de financement ;
- 4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ;
- 5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques.

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.

La convention et ses avenants, lors leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

L'arrêté peut, lorsque la convention ou un avenant de celle-ci comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation.

Section 5 : Etablissements de soins

Sous-section 1 : Dispositions générales

**Article L. 162-21** [modifié par art. 21- VII ex 12-VII]

(Décret n° 86-838 du 16 juillet 1986 art. 4 Journal Officiel du 17 juillet 1986)

L'assuré ne peut être couvert de ses frais de traitement dans les établissements de soins de toute nature que si ces établissements sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux.

**Dans ces établissements de santé, il peut être demandé à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité à l'occasion des soins qui lui sont dispensés par la production d'un titre d'identité comportant sa photographie.**

\*Nota - Code de la sécurité sociale L766-1 : non application.

Loi 87-588 du 30 juillet 1987 art. 1 : Ces dispositions ont force de loi à compter de la date de leur publication.\*

**Article L. 162-26** [créé par art. 8-II ex 5-II]

**Un arrêté fixe le montant de la majoration appliquée aux patients qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consultent un médecin spécialiste hospitalier. Cette majoration ne s'applique pas aux patients suivant un protocole de soins. Elle ne s'applique pas aux consultations et actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, ni aux consultations et actes réalisés en cas d'urgence.**

**Article L. 162-32-1** [modifié par art. 55-II 13° ex 31-II 12°]

(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 23 II Journal Officiel du 30 décembre 1999)

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 28 Journal Officiel du 26 décembre 2001)

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans par ~~la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie~~, **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie** et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents.

Cet accord détermine notamment :

- 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de santé ;
- 2° Les conditions générales d'application des conventions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre aux différents professionnels exerçant dans des centres de santé ; ces conditions ne peuvent pas modifier les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires déterminés par ces conventions ;
- 3° Les modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire menées par les centres de santé ;
- 4° Les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins ;
- 5° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé ;
- 6° Les conditions dans lesquelles les organismes d'assurance maladie participent à des actions d'accompagnement de l'informatisation des centres de santé, notamment pour ce qui concerne la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge. Les centres s'engagent dans ce cadre à réaliser un taux significatif de télétransmission de documents nécessaires au remboursement des actes ou des prestations qu'ils dispensent ;
- 7° Les objectifs et les modalités d'organisation de la formation professionnelle conventionnelle des différentes catégories de personnels médicaux et paramédicaux exerçant dans les centres de santé. La convention fixe le montant de la dotation annuelle des caisses nationales d'assurance maladie signataires assurant le financement de ces formations.

## **Chapitre II bis :**

**Union nationale des caisses d'assurance maladie – Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire – Union nationale des professionnels de santé**

*[créé par art. 55 ex 31]*

### **Section 1 : Union nationale des caisses d'assurance maladie** *[créé par art. 55 ex 31]*

#### **Article L. 182-2** *[créé par art. 55 ex 31]*

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

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

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

#### **Article L. 182-2-1** *[créé par art. 55 ex 31]*

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie est un établissement public national à caractère administratif. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat.

Celles-ci sont représentées auprès de l'union par des commissaires du Gouvernement.

#### **Article L. 182-2-2** *[créé par art. 55 ex 31]*

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie est dotée d'un conseil, d'un collège des directeurs et d'un directeur général.

Le conseil est composé de :

- 1° Douze membres, dont le président, désignés par le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en son sein ;
- 2° Trois membres, dont le président, désignés par le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés en son sein ;
- 3° Trois membres, dont le président, désignés par le conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en son sein.

Les trois présidents visés aux alinéas précédents composent le bureau du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Ce bureau assure la permanence de l'union entre les réunions du conseil. Il est informé des décisions prises en collège des directeurs ou par le

directeur général de l'union. Il est consulté sur l'ordre du jour du conseil par le président de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Le collège des directeurs est composé :

- 1° Du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- 2° Du directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés ;
- 3° Du directeur de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole.

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dispose de deux voix. Il assure les fonctions de directeur général de l'union.

#### **Article L. 182-2-3** *[créé par art. 55 ex 31]*

Le conseil délibère sur :

- 1° Les orientations de l'union dans ses domaines de compétence ;
- 2° La participation mentionnée aux articles L. 322-2 et L. 322-3, sur proposition du collège des directeurs ;
- 3° Les orientations de l'union relatives aux inscriptions d'actes et de prestations prévues à l'article L. 162-1-7, sur la base des principes généraux définis annuellement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- 4° Les orientations relatives à la négociation des accords, contrats et conventions qui sont de la compétence de l'union ;
- 5° Les projets de loi et de décret transmis par le ministre chargé de la sécurité sociale ;
- 6° Le budget annuel de gestion administrative.

Le collège des directeurs prépare, en vue de son adoption par le conseil, un projet sur la participation mentionnée au 2°. Le conseil peut, sur la base d'un avis motivé, demander au directeur un second projet. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité qualifiée des deux tiers.

Le conseil est tenu informé par le collège des directeurs de la mise en œuvre des orientations prévues au 3° et au 4°. Il peut rendre un avis motivé sur la mise en œuvre de ces orientations et notamment sur l'accord cadre, les conventions, les avenants et annexes régissant les relations avec les professions de santé et les centres de santé.

#### **Article L. 182-2-4** *[créé par art. 55 ex 31]*

Le directeur général, sur mandat du collège des directeurs :

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

Le collège des directeurs :

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

**Article L. 182-2-5** [créé par art. 55 ex 31]

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure la gestion administrative de l'union sous l'autorité du directeur général. Celui-ci exerce les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité et met en œuvre les orientations fixées par le conseil.

**Article L. 182-2-6** [créé par art. 55 ex 31]

Les ressources de l'union sont constituées notamment par des contributions des trois caisses nationales d'assurance maladie.

**Article L. 182-2-7** [créé par art. 55 ex 31]

Sous réserve des dispositions du présent chapitre, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est régie par les dispositions du livre II.

**Section 2 :**

**Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire**

[créé par art. 55 ex 31]

**Article L. 182-3-1** [créé par art. 55 ex 31]

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

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

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

**Section 3 :**

**Union nationale des professionnels de santé**

[créé par art. 55 ex 31]

**Article L. 182-4-1** [créé par art. 55 ex 31]

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

L'Union nationale des professionnels de santé émet des avis sur les propositions de décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie prises en application des articles L. 322-

**2, L. 322-3 et L. 322-4, à l'exception de la décision mentionnée au troisième alinéa du I de l'article L. 322-2.**

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

Livre II : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses  
Titre 2 : Organismes nationaux  
Chapitre 1<sup>er</sup> : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

**Article L. 221-2** [complété par art. 53-I ex 30-I]

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

La caisse nationale de l'assurance maladie est un établissement public national à caractère administratif . Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat .

Celles-ci sont représentées auprès de la caisse nationale par des commissaires du Gouvernement.

**La caisse nationale est dotée d'un conseil et d'un directeur général.**

**Article L. 221-3** [modifié par art. 53-II ex 30-II]

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

(Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 art. 9 III Journal Officiel du 27 juillet 1994 en vigueur le 1er janvier 1995)

(Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 art. 6 Journal Officiel du 25 avril 1996)

~~Sous réserve des dispositions de l'article L. 221-4, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est administrée par un conseil d'administration de trente trois membres comprenant :~~

- ~~1° Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;~~
- ~~2° Treize représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;~~
- ~~3° Trois représentants désignés par la Fédération nationale de la mutualité française ;~~
- ~~4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.~~

~~Siègent également, avec voix consultative :~~

- ~~1° Une personne désignée par l'Union nationale des associations familiales ;~~
- ~~2° Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.~~

~~\*NOTA : Ordonnance 96-344 du 24 avril 1996 art. 14 I : Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du prochain renouvellement des membres des conseils d'administration.\*~~

**Le conseil est composé :**

- 1° D'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et de représentants d'employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;**
- 2° De représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ;**
- 3° De représentants d'institutions désignées par l'Etat intervenant dans le domaine de l'assurance maladie.**

**Le conseil est majoritairement composé de représentants visés au deuxième alinéa.**

**Siègent également avec voix consultative des représentants du personnel élus.**

**Le conseil élit en son sein son président dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.**

**Les organisations et institutions mentionnées aux deuxième, troisième et quatrième alinéas désignent pour chaque siège un membre titulaire et un membre suppléant. En cas de**



démission, d'empêchement ou de décès d'un membre, titulaire ou suppléant, un membre est désigné en remplacement pour la durée du mandat restant à courir.

**Le directeur général assiste aux séances du conseil.**

**Le conseil a pour rôle de déterminer :**

- 1° Les orientations relatives à la contribution de l'assurance maladie à la mise en œuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins, y compris les établissements de santé, et au bon usage de la prévention et des soins ;**
- 2° Les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre ;**
- 3° Les propositions prévues à l'article L. 111-11 relatives à l'évolution des charges et des produits de la caisse ;**
- 4° Les orientations de la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 227-1 ;**
- 5° Les principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes ;**
- 6° Les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur ;**
- 7° Les axes de la politique de communication à l'égard des assurés sociaux et des professions de santé, dans le respect des guides de bon usage des soins et de bonne pratique établis par la Haute autorité de santé ;**
- 8° Les orientations d'organisation du réseau des organismes régionaux, locaux et de leurs groupements ou unions ;**
- 9° Les budgets nationaux de gestion et d'intervention.**

**Le directeur général prépare les orientations mentionnées au douzième alinéa, les propositions mentionnées au treizième alinéa et les budgets prévus au dix-neuvième alinéa en vue de leur approbation par le conseil. Le conseil peut, sur la base d'un avis motivé, demander au directeur général un second projet. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité des deux tiers de ses membres.**

**Le président du conseil et le directeur général signent la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 227-1.**

**Le directeur général met en œuvre les orientations fixées par le conseil et le tient périodiquement informé. Le conseil formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement.**

**Le conseil procède aux désignations nécessaires à la représentation de la caisse dans les instances ou organismes européens ou internationaux au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.**

**Le conseil peut être saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale de toute question relative à l'assurance maladie.**

**Le conseil peut, sur le fondement d'un avis motivé rendu à la majorité des deux tiers de ses membres, diligenter tout contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions.**

**Le conseil se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement. Elle est également de droit sur demande de la moitié des membres du conseil. Le président fixe l'ordre du jour. En cas de partage des voix, il a voix prépondérante.**

**Les modalités de mise en œuvre du présent article, notamment les conditions de fonctionnement du conseil, sont précisées par voie réglementaire.**

**Article L. 221-3-1** *[créé par art. 53-IV ex 30-III]*

Le conseil, saisi pour avis par le ministre chargé de la sécurité sociale, peut à la majorité des deux tiers de ses membres s'opposer à la proposition de nomination du directeur général.

Le directeur général est nommé par décret pour une durée de cinq ans. Avant ce terme, il ne peut être mis fin à ses fonctions qu'après avis favorable du conseil à la majorité des deux tiers.

Le directeur général dirige l'établissement et a autorité sur le réseau des caisses régionales et locales. Il est responsable de leur bon fonctionnement. A ce titre, il prend toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

Il négocie et signe la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 227-1 ainsi que les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3.

Il est notamment chargé pour ce qui concerne la gestion de la caisse nationale et du réseau des caisses régionales, locales et de leurs groupements :

- 1° De prendre toutes décisions et d'assurer toutes les opérations relatives à l'organisation et au fonctionnement de la caisse nationale, à sa gestion administrative, financière et immobilière, et dans le cadre de cette gestion de contracter, le cas échéant, des emprunts ;
- 2° D'établir et d'exécuter les budgets de gestion et d'intervention et les budgets des différents fonds, de conclure au nom de la caisse toute convention et d'en contrôler la bonne application ;
- 3° De prendre les mesures nécessaires à l'organisation et au pilotage du réseau des caisses du régime général ; il peut notamment définir les circonscriptions d'intervention des organismes locaux, prendre les décisions prévues aux articles L. 224-11, L. 224-12, L. 224-13 et L. 281-2, et confier à certains organismes, à l'échelon interrégional, régional ou départemental, la charge d'assumer certaines missions communes ;
- 4° D'assurer pour les systèmes d'information les responsabilités prévues à l'article L. 161-28.

Le directeur général prend les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement. Il informe dans les meilleurs délais, outre le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les commissions compétentes des assemblées, le ministre chargé de la sécurité sociale et le comité d'alerte visé à l'article L. 114-4-1 des circonstances imprévues susceptibles d'entraîner un dépassement de ces objectifs.

Le directeur général représente la caisse nationale en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il signe les marchés, conventions et transactions au sens de l'article 2044 du code civil, est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de la caisse et vise le compte financier. Il recrute le personnel et a autorité sur lui. Il peut déléguer sa signature.

Dans le cadre de l'exercice de ses missions, le directeur général peut suspendre ou annuler toute délibération ou décision prise par une caisse locale ou régionale qui méconnaîtrait les dispositions de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 227-1 ou du contrat pluriannuel de gestion mentionné à l'article L. 227-3.

Le directeur général rend compte au conseil de la gestion de la caisse nationale et du réseau après la clôture de chaque exercice.

Il rend également compte périodiquement au conseil de la mise en œuvre des orientations définies par ce dernier.

**Article L. 221-3-2** [créé par art. 53-III ex 30-II bis]

**Tout financement par l'assurance maladie, sous forme de subvention ou de dotation, d'un organisme intervenant dans le champ de l'assurance maladie, à l'exclusion des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, donne lieu à une convention entre l'assurance maladie et l'organisme bénéficiaire.**

**Article L. 221-4** [modifié par art. 53-V ex 30-IV]

(inséré par Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 art. 9 I Journal Officiel du 27 juillet 1994 en vigueur le 1er janvier 1995)

~~— Pour la branche Accidents du travail et maladies professionnelles, et notamment pour les missions définies au 2° de l'article L. 221-1, les compétences de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont exercées par une commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.~~

~~— Les dispositions régissant le fonctionnement du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie sont applicables à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.~~

**Sous réserve des dispositions particulières applicables à la branche accidents du travail et maladies professionnelles, la commission mentionnée à l'article L. 221-5 exerce pour cette branche les compétences dévolues au conseil mentionné à l'article L. 221-3, notamment pour les missions définies au 2° de l'article L. 221-1.**

**Un décret détermine les conditions dans lesquelles la commission est consultée pour les affaires communes aux deux branches.**

**Les dispositions relatives au fonctionnement du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont applicables à cette commission.**

**Article L. 221-5** [modifié par 69 ex 38]

(inséré par Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 art. 9 I Journal Officiel du 27 juillet 1994 en vigueur le 1er janvier 1995)

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles comprend pour moitié des représentants des assurés sociaux et pour moitié des représentants des employeurs.

Cinq membres sont choisis par les représentants des assurés sociaux au conseil ~~d'administration~~ de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre de chacune des organisations syndicales nationales qui y sont représentées, parmi ces membres, leurs suppléants et les membres des comités techniques nationaux et régionaux des accidents du travail.

Cinq membres sont choisis par les représentants des employeurs à ce conseil ~~d'administration~~ parmi ces membres, leurs suppléants et les membres des comités techniques nationaux et régionaux des accidents du travail.

Dans les mêmes conditions, sont choisis autant de membres suppléants.

Le mandat des membres de la commission est renouvelé en même temps que celui des membres du conseil ~~d'administration~~ de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Le président de la commission est élu en son sein par cette instance parmi les membres du conseil ~~d'administration~~ de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

## Titre IV : Ressources

### Chapitre 2 : Assiette, taux et calcul des cotisations

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

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

#### **Article L. 242-1** [ modifié par art. 57-VI ex 32-VI]

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

*(Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 art. 3 III Journal Officiel du 30 janvier 1993 en vigueur le 1er janvier 1993)*

*(Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 49 I Journal Officiel du 5 février 1995)*

*(Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 art. 11 I Journal Officiel du 29 décembre 1996)*

*(Loi n° 97-277 du 25 mars 1997 art. 27 Journal Officiel du 26 mars 1997)*

*(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 7 2° Journal Officiel du 27 décembre 1998)*

*(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 2 II Journal Officiel du 30 décembre 1999)*

*(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 48 II Journal Officiel du 18 janvier 2002)*

*(Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 113 I Journal Officiel du 22 août 2003)*

*(Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 art. 82 IV finances pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2003)*

Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire.

Lorsque le bénéficiaire d'une option accordée dans les conditions prévues aux articles 208-1 à 208-8-2 de la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales ne remplit pas les conditions prévues au I de l'article 163 bis C du code général des impôts, est considéré comme une rémunération le montant déterminé conformément au II du même article. Toutefois l'avantage correspondant à la différence définie au II de l'article 80 bis du code général des impôts est considéré comme une rémunération lors de la levée de l'option.

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

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

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

Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance versées par les organismes régis par les titres III et IV du livre IX du présent code ou le livre II du code de la mutualité ou par des entreprises régies par le code des assurances, lorsqu'elles revêtent un caractère collectif et obligatoire déterminé dans le cadre d'une des procédures visées à l'article L. 911-1 du présent code :

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

**une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2.**

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

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

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

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

Sous-section 2 : Dispositions propres à chaque branche

Paragraphe 4 : Assurance accidents du travail et maladies professionnelles

**Article L. 242-5** [modifié par art. 53-VI ex 30-VI]

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

(Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 art. 10 Journal Officiel du 27 juillet 1994 en vigueur le 1er janvier 1995)

(Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 art. 13 II Journal Officiel du 23 décembre 1997)

Le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est déterminé annuellement pour chaque catégorie de risques par la caisse régionale d'assurance maladie d'après les règles fixées par décret.

Les risques sont classés dans les différentes catégories par la caisse régionale, sauf recours, de la part soit de l'employeur, soit de l'autorité administrative, à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, prévue à l'article L. 143-3, laquelle statue en premier et dernier ressort.

Le classement d'un risque dans une catégorie peut être modifié à toute époque. L'employeur est tenu de déclarer à la caisse régionale toute circonstance de nature à aggraver les risques.

Dans des conditions fixées par décret, la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles fixe les éléments de calcul des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles conformément aux conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale ;

La délibération de la commission est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale avant le 31 janvier de chaque année ;

Si la commission n'a pas délibéré à cette date ou n'a pas retenu des éléments de calcul conformes aux dispositions du quatrième alinéa, l'autorité compétente de l'Etat les détermine par arrêté ;

Si les mesures prises en application du présent article ne permettent pas d'assurer la couverture des charges de gestion, l'équilibre de la branche tel que résultant de la loi de financement de la sécurité sociale doit être maintenu ou rétabli par un prélèvement sur les excédents financiers ou, à défaut, par une modification des éléments de calcul des cotisations.

~~Un arrêté interministériel détermine le montant ou la fraction maximum des cotisations affectées au Fonds de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.~~

Titre 5 : Régime financier

Chapitre 1 : Gestion des risques et fonds

Section 1 : Assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles

**Article L. 251-4** [ abrogé par art. 41-III ex 23-III]

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

~~Les décisions nécessaires au maintien ou au rétablissement de l'équilibre financier de la gestion mentionnée à l'article précédent sont prises par le conseil d'administration de la caisse nationale.~~

~~Lorsqu'elles comportent une augmentation des cotisations, ces décisions ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par décret pris sur le rapport des ministres intéressés.~~

~~En cas de carence du conseil d'administration, les autorités compétentes de l'Etat le mettent en demeure de prendre les mesures de redressement nécessaires.~~

~~Si cette mise en demeure reste sans effet, le Gouvernement procède au rétablissement de l'équilibre soit en se substituant au conseil d'administration de la caisse nationale, soit en usant des pouvoirs qu'il tient de la législation en vigueur.~~

**Article L 321-1** [pour info]

(Décret n° 86-838 du 16 juillet 1986 art. 12 I, II, III Journal Officiel du 17 juillet 1986)  
(Loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 art. 13 II Journal Officiel du 19 décembre 1989)  
(Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 22 I Journal Officiel du 5 février 1995)  
(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 20 I Journal Officiel du 27 décembre 1998)  
(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 25 II Journal Officiel du 30 décembre 1999)  
(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 34 IV Journal Officiel du 26 décembre 2001)  
(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 81 I Journal Officiel du 5 mars 2002 en vigueur le 1er janvier 2003)

L'assurance maladie comporte :

1°) la couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyses et d'examens de laboratoire, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

2°) la couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;

3°) la couverture, sur décision de la commission d'éducation spéciale créée par l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, ainsi que celle des frais de traitement concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application de l'article 5 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 ;

4°) la couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique ;

5°) l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.

6°) La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes prioritaires de prévention définis en application des dispositions de l'article L. 1417-2 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux examens prescrits en application de l'article L. 2121-1 du même code et aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

7°) (Abrogé) ;

8°) (Abrogé) ;

9°) La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.

**Article L. 322-2** [ modifié par art. 20-I ex 11-I et par 41-I ex 23-I]

~~La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> de l'article L. 321-1 est fixée par un décret en Conseil d'Etat.~~

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

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

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

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

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

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

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

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

Nota : Art 20 - V. – « Jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie prévue au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, le montant de la participation mentionnée audit II est fixé par décret »



**Article L. 322-3** [ modifié par art. 41-II ex 23-II et 6-I et IV ex 3]

(Loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 art. 32 Journal Officiel du 26 juillet 1994)

(Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 art. 31 Journal Officiel du 18 juin 1998)

(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 20 II art. 35 II Journal Officiel du 27 décembre 1998)

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

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 81 III Journal Officiel du 5 mars 2002 en vigueur le 1er janvier 2003)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 38 II Journal Officiel du 19 décembre 2003)

(Ordonnance n° 2004-329 du 15 avril 2004 art. 4 I Journal Officiel du 17 avril 2004 en vigueur le 1er juillet 2004)

~~La participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.~~ **La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée** dans les cas suivants :

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

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

**Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins**

**Article L. 322-4** [modifié par art. 20-II ex 11-II]

~~Les taux de participation fixés en application des articles L. 322-2 et L. 322-3 peuvent être modifiés en fonction des résultats financiers du régime sur le plan national dans les conditions déterminées par l'article L. 251-4.~~

**La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 322-2 n'est pas exigée pour ses ayants droit mineurs ainsi que pour les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1.**

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

Section 2 : Frais de déplacement de l'assuré - Frais de transport

**Article L. 322-5-2** [modifié par art. 55-II 14° ex 31-II 13°]

(Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 art. 33 II Journal Officiel du 29 décembre 1996)

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

(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 41 II Journal Officiel du 24 décembre 2002)

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales nationales les plus représentatives des ambulanciers et ~~au moins deux caisses nationales d'assurance maladie dont la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.~~ **l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.**

Cette convention détermine notamment :

- 1° Les obligations respectives des organismes qui servent les prestations d'assurance maladie et des entreprises de transports sanitaires ;
- 2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les entreprises de transports sanitaires des obligations qui découlent pour elles de l'application de la convention ;
- 3° Les conditions à remplir par les entreprises de transports sanitaires pour être conventionnées ;
- 4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;
- 5° Sans préjudice des compétences du pouvoir réglementaire, les modalités de détermination des sommes dues aux entreprises ;
- 6° Les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la garde départementale organisée dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 6312-5 du code de la santé publique.

## Chapitre V : Dispositions particulières aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

### **Article L. 325-1** [modifié par art. 20-III ex 11-III]

(Loi n° 98-278 du 14 avril 1998 art. 4 Journal Officiel du 16 avril 1998)

(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 36 III, IV, V Journal Officiel du 18 janvier 2002)

I. - Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle assure à ses bénéficiaires des prestations servies en complément de celles du régime général des salariés prévues aux 1°, 2°, 4° et 7° de l'article L. 321-1, pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré en application de l'article L. 322-2 à **l'exception de celle mentionnée au II de cet article**. Il peut prendre en charge tout ou partie du forfait journalier institué à l'article L. 174-4. Ces prestations sont déterminées par le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local dans des conditions définies par décret.

II. - Le régime local est applicable aux catégories d'assurés sociaux du régime général des salariés mentionnés ci-après :

1° Salariés d'une entreprise ayant son siège social dans le département du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, quel que soit leur lieu de travail en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, et salariés travaillant dans l'un de ces trois départements pour une entreprise ayant son siège hors de ces départements ;

2° Maîtres contractuels et agréés des établissements d'enseignement privé sous contrat, agents non titulaires de l'Etat et de ses établissements publics administratifs, agents contractuels de La Poste et de France Télécom, agents non titulaires des collectivités territoriales et des établissements visés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui exercent leur activité dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle ;

3° Salariés du Port autonome de Strasbourg ;

4° Personnes visées aux articles L. 161-1, L. 161-8 et L. 161-9, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont été bénéficiaires du régime local en qualité d'assurés ou d'ayants droit du régime général et qui continuent à en bénéficier pendant la durée du maintien de droit au régime général ;

5° Titulaires de revenus de remplacement, indemnités et allocations de chômage mentionnés à l'article L. 311-5, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui soit ont bénéficié du régime local en qualité de salariés, soit ont rempli, en qualité de travailleurs frontaliers selon le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, les conditions pour bénéficier du régime local d'assurance maladie au moment de leur inscription aux associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce ;

6° Titulaires d'allocations de préretraite en application d'accords d'entreprise et titulaires d'un revenu de remplacement au titre d'un congé de fin d'activité, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui bénéficiaient du régime local en qualité de salariés au moment de leur mise en préretraite ou en fin d'activité ;

7° Titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de réversion mentionnés aux articles L. 341-1 et L. 342-1, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont, préalablement à leur mise en invalidité, bénéficié du régime local en qualité de salariés ou d'ayants droit, ainsi que les titulaires d'une rente d'accident du travail ou d'une pension de réversion mentionnés aux articles L. 371-1 et L. 371-2, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont, préalablement à la perception de cette rente ou pension d'invalidité, bénéficié du régime local en qualité de salariés ou d'ayants droit ;

8° Titulaires d'un avantage de vieillesse qui résident dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle et qui bénéficient du régime local d'assurance maladie au 1er juillet 1998 ;

9° Titulaires d'un avantage de vieillesse, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont relevé du régime local d'assurance maladie soit pendant les cinq années précédant leur départ en retraite ou leur cessation d'activité, soit pendant dix années durant les quinze précédant ce départ en retraite ou cette cessation d'activité, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse ou au régime défini au 2° de l'article L. 181-1 ;

10° Titulaires d'un avantage de vieillesse ne remplissant pas les conditions fixées à l'alinéa précédent, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont relevé du régime local d'assurance maladie pendant au moins soixante trimestres d'assurance au sens de la législation applicable au régime général d'assurance vieillesse et qui en demandent le bénéfice dans un délai et selon des modalités déterminés par décret, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse ou au régime défini au 2° de l'article L. 181-1 ;

11° Titulaires d'un avantage de vieillesse au titre d'une législation française ou au titre d'une législation française et d'une législation d'un ou plusieurs autres Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont bénéficié, en qualité de travailleur frontalier selon le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 précité, de prestations équivalentes à celles servies par le régime général et le régime local d'assurance maladie soit pendant les cinq années précédant leur départ en retraite ou leur cessation d'activité, soit pendant dix années durant les quinze précédant ce départ en retraite ou cette cessation d'activité, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation à un régime obligatoire d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en tenant compte des périodes d'assurance au titre des législations des autres Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen.

Les dispositions des 9° et 10° sont applicables dans les mêmes conditions aux retraités anciens salariés du Port autonome de Strasbourg mentionnés au 3°.

Le régime local est également applicable aux ayants droit, tels que définis aux articles L. 161-14 et L. 313-3, des assurés sociaux énumérés ci-dessus.

III. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-6, le bénéfice du régime local d'assurance maladie est subordonné aux conditions spécifiques d'ouverture des droits déterminées au II du présent article.

Nota : Loi 2002-73 2002-01-17 art. 36 VII : Les titulaires d'un avantage de vieillesse mentionnés aux 9°, 10° et 11° du II de l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale, ne bénéficiant pas du régime local d'assurance maladie à la date de publication de la présente loi, ne peuvent en bénéficier que s'ils en font la demande dans un délai et selon des modalités déterminés par décret.

Les titulaires d'un avantage de vieillesse à compter de la date de publication de la présente loi bénéficient du régime local dans les conditions fixées par les 9°, 10° et 11° du II de l'article L. 325-1 du même code.

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 2 : Prestations en nature

Section 1 : Soins

**Article L. 432-1** [ modifié par art. 20-IV ex 11-IV]

(Décret n° 86-838 du 16 juillet 1986 art. 21 Journal Officiel du 17 juillet 1986)

Les caisses versent directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements, le montant des prestations fixées aux 1° et 3° de l'article L. 431-1 . Toutefois, les frais de transport peuvent donner lieu à remboursement par la caisse à la victime dans les conditions prévues par le 2° de l'article L. 321-1.

**Les dispositions du II de l'article L. 322-2 sont applicables aux bénéficiaires du présent livre.**

\*NOTA - Loi 87-588 du 30 juillet 1987 art. 1 : Ces dispositions ont force de loi à compter de la date de leur publication.\*

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

**Titre VII :**

***contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire de santé bénéficiant d'une aide***

*[créé par art. 57 ex 32]*

**Article L. 871-1** [créé par art. 57 ex 32]

**Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis et des 15° et 16° de l'article 995 du même code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné au respect, par les opérations d'assurance concernées, de règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.**

**Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L. 161-36-2.**

**Elles prévoient également la prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 et aux prescriptions de celui-ci.**

NOTA : Art 57-II : Les dispositions de l'article L. 871-1 du même code s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006

# Code général des impôts

Livre premier : Assiette et liquidation de l'impôt

Première Partie : Impôts d'État

Titre premier : Impôts directs et taxes assimilées

Chapitre premier : Impôt sur le revenu

Section II : Revenus imposables

1<sup>ere</sup> sous section : détermination des bénéficiaires ou revenus nets des diverses catégories de revenus

V : Traitements et salaires

2 détermination du revenu imposable

## **Article 83** [ modifié par art. 57-III ex 32-III]

(Décret n° 81-859 du 15 septembre 1981 Journal Officiel du 18 septembre 1981 date d'entrée en vigueur 1 JANVIER 1982)

(Code n° du travail L351-12 (LOI 73-4 du 2 janvier 1973 art. 1 Journal Officiel du 3 janvier 1973)

(Loi n° 73-4 du 2 janvier 1973 art. 1 Journal Officiel du 3 janvier 1973)

(Code n° du travail L352-3 (LOI 79-32 du 16 janvier 1979 art. 3 Journal Officiel du 17 janvier 1979)

(Loi n° 79-32 du 16 janvier 1979 art. 3 Journal Officiel du 17 janvier 1979)

(Loi n° 82-939 du 4 novembre 1982 art. 6 1<sup>ere</sup> phrase Journal Officiel du 5 novembre 1982)

(Loi n° 82-1126 du 29 décembre 1982 art. 2 VI Journal Officiel du 30 décembre 1982 date d'entrée en vigueur 1 JANVIER 1983)

(Décret n° 83-897 du 6 octobre 1983 art. 1 Journal Officiel du 9 octobre 1983)

(Ordonnance n° 82-290 du 30 mars 1982 art. 4 Journal Officiel du 31 mars 1982)

(Ordonnance n° 84-198 du 21 mars 1984 art. 3, art. 5 Journal Officiel du 22 mars 1984)

(Loi n° 84-578 du 9 juillet 1984 art. 2 I, II, IV, art. 10 II, art. 12 Journal Officiel du 11 juillet 1984 RECTIFICATIF JORF 14 JUILLET 1984)

(Loi n° 83-1179 du 29 décembre 1983 art. 2 VI finances pour 1984 Journal Officiel du 30 décembre 1983)

(Loi n° 85-695 du 11 juillet 1985 art. 17 Journal Officiel du 12 juillet 1985)

(Loi n° 84-1208 du 29 décembre 1984 art. 2 IV finances pour 1985 Journal Officiel du 30 décembre 1984 en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1985)

(Loi n° 85-695 du 11 juillet 1985 art. 17 Journal Officiel du 12 juillet 1985)

(Loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 art. 34 Journal Officiel du 28 janvier 1987)

(Loi n° 87-1060 du 30 décembre 1987 art. 94 finances pour 1988 Journal Officiel du 31 décembre 1987)

(Loi n° 88-1193 du 29 décembre 1988 art. 12 I finances rectificative pour 1988 Journal Officiel du 30 décembre 1988)

(Loi n° 89-935 du 29 décembre 1989 art. 95 I, II finances pour 1990 Journal Officiel du 30 décembre 1989)

(Loi n° 90-1168 du 29 décembre 1990 art. 2 VI finances pour 1991 Journal Officiel du 30 décembre 1990)

(Loi n° 90-1168 du 29 décembre 1990 art. 41 finances pour 1991 Journal Officiel du 30 décembre 1990)

(Loi n° 92-652 du 13 juillet 1992 art. 33 I Journal Officiel du 16 juillet 1992)

(Loi n° 92-665 du 16 juillet 1992 art. 8 II Journal Officiel du 17 juillet 1992 art. 10 : pour la date d'entrée en vigueur)

(Loi n° 92-1476 du 31 décembre 1992 art. 75 finances rectificative pour 1992 Journal Officiel du 5 janvier 1993)

(Loi n° 93-1352 du 30 décembre 1993 art. 2 VI 3 finances pour 1994 Journal Officiel du 31 décembre 1993)

(Décret n° 95-1281 du 11 décembre 1995 art. 1 Journal Officiel du 13 décembre 1995 ;conséquence de la péremption des articles 44 bis à 44 quinquies.)

(Loi n° 96-1181 du 30 décembre 1996 art. 87 I II finances pour 1997 Journal Officiel du 31 décembre 1996)

(Loi n° 97-277 du 25 mars 1997 art. 26 Journal Officiel du 26 mars 1997)

(Loi n° 97-1269 du 30 décembre 1997 art. 10 I 1°, art. 13 I, II finances pour 1998 Journal Officiel du 31 décembre 1997)

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 6 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2002)

(Loi n° 2001-1275 du 28 décembre 2001 art. 2 III finances pour 2002 Journal Officiel du 29 décembre 2001)

(Loi n° 2001-1276 du 28 décembre 2001 art. 51 I a finances rectificative pour 2001 Journal Officiel du 29 décembre 2001)

(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 48 Journal Officiel du 18 janvier 2002)

(Décret n° 2002-923 du 6 juin 2002 art. 1 Journal Officiel du 8 juin 2002)

(Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 111 I 2° Journal Officiel du 22 août 2003)

(Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 art. 82 finances pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2003)

(Loi n° 2003-1312 du 30 décembre 2003 art. 23 finances rectificative pour 2003 Journal Officiel du 31 décembre 2003)

Le montant net du revenu imposable est déterminé en déduisant du montant brut des sommes payées et des avantages en argent ou en nature accordés :

1° Les cotisations de sécurité sociale, y compris les cotisations d'assurance vieillesse versées en exercice des facultés de rachat prévues aux articles L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale et L. 9 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite, les cotisations versées aux régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX du code de la sécurité sociale, ainsi que les cotisations au régime public de retraite additionnel obligatoire institué par l'article 76 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites ;

1° 0 bis Les cotisations versées conformément aux dispositions du règlement CEE n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ou conformément aux stipulations d'une convention ou d'un accord international relatif à l'application des régimes de sécurité sociale ;

1° bis Abrogé

1° ter (abrogé à compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002).

1° quater Les cotisations ou primes versées aux régimes de prévoyance complémentaire auxquels le salarié est affilié à titre obligatoire, **à condition, lorsque ces cotisations ou primes financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code .**

Les cotisations ou les primes mentionnées à l'alinéa précédent sont déductibles dans la limite, y compris les versements de l'employeur, d'un montant égal à la somme de 7 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale et de 3 % de la rémunération annuelle brute, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 3 % de huit fois le montant annuel du plafond précité. En cas d'excédent, celui-ci est ajouté à la rémunération ;

2° Les cotisations ou primes versées aux régimes de retraite supplémentaire auxquels le salarié est affilié à titre obligatoire ainsi que les cotisations versées, à compter du 1er janvier 1993, à titre obligatoire au régime de prévoyance des joueurs professionnels de football institué par la charte du football professionnel.

Les cotisations ou les primes mentionnées à l'alinéa précédent sont déductibles dans la limite, y compris les versements de l'employeur, de 8 % de la rémunération annuelle brute retenue à concurrence de huit fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale. En cas d'excédent, celui-ci est ajouté à la rémunération ;

La limite mentionnée au deuxième alinéa est réduite, le cas échéant, des sommes versées par l'entreprise au plan d'épargne pour la retraite collectif défini à l'article L. 443-1-2 du code du travail et exonérées en application du 18° de l'article 81 ;

2° 0 bis Par dérogation aux 1° quater et 2° et jusqu'à l'imposition des revenus de 2008, les dispositions du 2° dans leur rédaction en vigueur jusqu'à l'imposition des revenus de 2003 continuent de s'appliquer, si elles sont plus favorables, aux cotisations ou primes versées aux régimes de retraite et de prévoyance complémentaires auxquels le salarié était affilié à titre obligatoire avant le 25 septembre 2003, pour leur taux en vigueur avant la même date ;

2° 0 ter Dans les limites prévues au deuxième alinéa du 1° quater, les cotisations versées aux régimes de prévoyance complémentaire et, dans les limites prévues aux deuxième et troisième alinéas du 2°, les cotisations versées aux régimes de retraite complémentaire répondant aux conditions fixées à l'article 3 de la directive 98/49/CE du Conseil du 29 juin 1998 relative à la sauvegarde des droits à pension complémentaire des travailleurs salariés et non salariés qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ou à celles prévues par les conventions ou accords internationaux de sécurité sociale, auxquels les personnes désignées au I de l'article 81 B étaient affiliées ès qualités dans un autre Etat avant leur prise de fonctions en France. Les cotisations sont déductibles jusqu'au 31 décembre de la cinquième année suivant celle de leur prise de fonctions ;

2° bis Les contributions versées par les salariés en application des dispositions de l'article L. 351-3 du code du travail et destinées à financer le régime d'assurance des travailleurs privés d'emploi ;

2° ter La contribution exceptionnelle de solidarité en faveur des travailleurs privés d'emploi, instituée par l'article 2, modifié, de la loi n° 82-939 du 4 novembre 1982 ;

2° quater Les intérêts des emprunts contractés, à compter du 1er janvier 1984, pour souscrire au capital d'une société nouvelle exerçant une activité industrielle, commerciale, artisanale ou libérale. Cette souscription doit intervenir l'année de la création de la société ou au cours de deux années suivantes.

La déduction ne peut excéder 50 % du salaire versé à l'emprunteur par la société nouvelle. Elle ne peut être supérieure à 15 250 euros.

La société nouvelle doit être soumise à l'impôt sur les sociétés dans les conditions de droit commun, exercer une activité mentionnée aux articles 34 et 92 et répondre aux conditions suivantes :

a. A la clôture de l'exercice, le prix de revient des biens d'équipement amortissables selon le mode dégressif en application des dispositions du 1 de l'article 39 A doit représenter au moins les deux tiers du prix de revient total des immobilisations corporelles amortissables ; les entreprises qui ne remplissent pas cette condition à la clôture de leur premier exercice peuvent bénéficier du dispositif à titre provisoire ; cet avantage leur sera définitivement acquis si le pourcentage des deux tiers est atteint à la clôture de l'exercice suivant ;

b. Pour les entreprises constituées sous forme de société, les droits de vote attachés aux actions ou aux parts ne doivent pas être détenus, directement ou indirectement, pour plus de 50 % par d'autres sociétés ;

c. Les entreprises créées dans le cadre d'une concentration ou restructuration d'activités préexistantes, ou pour la reprise de telles activités, ne peuvent bénéficier du dispositif ci-dessus. Toutefois, cette disposition ne s'applique pas aux entreprises créées pour la reprise d'établissements en difficulté.

Les actions souscrites doivent obligatoirement revêtir la forme nominative.

Le bénéfice de la déduction est subordonné au dépôt des titres chez un intermédiaire agréé.

Si les actions ou les parts sociales souscrites sont cédées avant l'expiration d'un délai de cinq ans à compter de leur souscription, le total des intérêts déduits est ajouté au revenu brut perçu par l'emprunteur l'année de la cession.

Toutefois, aucun rehaussement n'est effectué lorsque l'emprunteur ou son conjoint soumis à une imposition commune se trouve dans l'un des cas suivant : invalidité correspondant au classement dans la deuxième ou troisième des catégories prévues à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale, décès, départ à la retraite ou licenciement.

Un décret fixe les modalités d'application du présent paragraphe, notamment les obligations des emprunteurs et des intermédiaires agréés.

2° quinquies Les intérêts des emprunts contractés, à compter du 1er janvier 1984, pour souscrire au capital d'une société coopérative ouvrière de production créée pour reprendre une entreprise dans les conditions fixées à l'article 48 de la loi n° 78-763 du 19 juillet 1978 portant statut des sociétés coopératives ouvrières de production.

Cette disposition est applicable dans les conditions fixées au 2° quater.

3° Les frais inhérents à la fonction ou à l'emploi lorsqu'ils ne sont pas couverts par des allocations spéciales.

La déduction à effectuer du chef des frais professionnels est calculée forfaitairement en fonction du revenu brut, après défalcation des cotisations, contributions et intérêts mentionnés aux 1° à 2° quinquies et à l'article 83 bis ; elle est fixée à 10 % du montant de ce revenu. Elle est limitée à 12 229 euros pour l'imposition des rémunérations perçues en 2001 ; chaque année, le plafond retenu pour l'imposition des revenus de l'année précédente est relevé dans la même proportion que la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu.

Le montant de la déduction forfaitaire pour frais professionnels ne peut être inférieur à 364 euros ou à 797 euros pour les personnes inscrites en tant que demandeurs d'emploi depuis plus d'un an, sans pouvoir excéder le montant brut des traitements et salaires. Cette disposition s'applique séparément aux rémunérations perçues par chaque membre du foyer fiscal désigné aux 1 et 3 de l'article 6.

Les sommes figurant au troisième alinéa sont révisées chaque année dans la même proportion que la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu.

Les bénéficiaires de traitements et salaires sont également admis à justifier du montant de leurs frais réels, soit dans la déclaration visée à l'article 170, soit sous forme de réclamation adressée au service des impôts dans le délai prévu aux articles R. 196-1 et R. 196-3 du livre des procédures fiscales. Le montant des frais réels à prendre en compte au titre de l'acquisition des immeubles, des véhicules et autres biens dont la durée d'utilisation est supérieure à un an s'entend de la dépréciation que ces biens ont subie au cours de l'année d'imposition .

Sont assimilées à des frais professionnels réels les dépenses exposées en vue de l'obtention d'un diplôme ou d'une qualification professionnelle dans la perspective d'une insertion ou d'une conversion professionnelle par les personnes tirant un revenu de la pratique d'un sport.

Les frais de déplacement de moins de quarante kilomètres entre le domicile et le lieu de travail sont admis, sur justificatifs, au titre des frais professionnels réels. Lorsque la distance est supérieure, la déduction admise porte sur les quarante premiers kilomètres, sauf circonstances particulières notamment liées à l'emploi justifiant une prise en compte complète.



## VIII : Dispositions communes aux différentes catégories de revenus

### 4 Déduction du salaire du conjoint

#### **Article 154 bis** [ modifié par art. 57-IV ex 32-IV]

(Loi n° 82-596 du 10 juillet 1982 art. 8 Journal Officiel du 13 juillet 1982)

(Décret n° 85-1353 du 17 décembre 1985 art. 3 Journal Officiel du 21 décembre 1985)

(Loi n° 89-935 du 29 décembre 1989 art. 4 finances pour 1990 Journal Officiel du 30 décembre 1989 modification directe incorporée dans l'édition du 15 juin 1990)

(Loi n° 94-126 du 11 février 1994 art. 24 I III Journal Officiel du 13 février 1994)

(Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 50 II Journal Officiel du 5 février 1995)

(Loi n° 95-1347 du 30 décembre 1995 art. 26 II III finances rectificative pour 1995, Journal Officiel du 31 décembre 1995)

(Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 111 I 3° Journal Officiel du 22 août 2003)

(Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 art. 82 I e finances pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2003)

I. - Pour la détermination des bénéficiaires industriels et commerciaux et des bénéficiaires des professions non commerciales, sont admises en déduction du bénéfice imposable les cotisations à des régimes obligatoires, de base ou complémentaires, d'allocations familiales, d'assurance vieillesse, y compris les cotisations versées en exercice des facultés de rachat prévues aux articles L. 634-2-2 et L. 643-2 du code de la sécurité sociale, invalidité, décès, maladie et maternité. Il en est de même des cotisations volontaires de l'époux du commerçant, du professionnel libéral ou de l'artisan qui collabore effectivement à l'activité de son conjoint sans être rémunéré et, sous réserve des dispositions des 5° et 6° de l'article L. 742-6 du code de la sécurité sociale, sans exercer aucune autre activité professionnelle.

Il en est également de même des primes versées au titre des contrats d'assurance groupe, prévues par l'article 41 modifié de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle et des cotisations aux régimes facultatifs mis en place dans les conditions fixées par les articles L. 644-1 et L. 723-14 du code de la sécurité sociale par les organismes visés aux articles L. 644-1 et L. 723-1 du code de la sécurité sociale pour les mêmes risques et gérés dans les mêmes conditions, dans une section spécifique au sein de l'organisme, **à condition, lorsque ces cotisations ou primes financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code.**

II. - Les cotisations versées aux régimes obligatoires complémentaires d'assurance vieillesse mentionnés au premier alinéa du I, pour la part de ces cotisations excédant la cotisation minimale obligatoire, et les cotisations ou primes mentionnées au deuxième alinéa du I sont déductibles :

1° Pour l'assurance vieillesse, dans une limite égale au plus élevé des deux montants suivants :

a) 10 % de la fraction du bénéfice imposable retenu dans la limite de huit fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, auxquels s'ajoutent 15 % supplémentaires sur la fraction de ce bénéfice comprise entre une fois et huit fois le montant annuel précité ;

b) Ou 10 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale.

Cette limite est réduite, le cas échéant, des sommes versées par l'entreprise au plan d'épargne pour la retraite collectif défini à l'article L. 443-1-2 du code du travail et exonérées en application du 18° de l'article 81 ;

2° Pour la prévoyance, dans la limite d'un montant égal à la somme de 7 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale et de 3,75 % du bénéfice imposable, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 3 % de huit fois le montant annuel du plafond précité ;

3° Pour la perte d'emploi subie, dans une limite égale au plus élevé des deux montants suivants :

a) 1,875 % du bénéfice imposable retenu dans la limite de huit fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale ;

b) Ou 2,5 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale.

Les revenus exonérés en application des articles 44 sexies à 44 decies sont retenus pour l'appréciation du montant du bénéfice imposable mentionné aux 1°, 2° et 3°. Il n'est pas tenu compte des plus-values et moins-values professionnelles à long terme.

III. - Toutefois, par dérogation aux I et II et pour la détermination des résultats des exercices clos ou des périodes d'imposition arrêtées jusqu'au 31 décembre 2008, les dispositions du présent article dans sa rédaction en vigueur jusqu'à l'imposition des revenus de 2003 continuent de s'appliquer, si elles sont plus favorables, aux cotisations mentionnées au premier alinéa du I et aux cotisations ou primes versées dans le cadre de contrats ou de régimes facultatifs mentionnés au second alinéa du I conclus ou institués avant le 25 septembre 2003 et, pour ces dernières cotisations ou primes, pour leur taux en vigueur avant la même date.

Titre IV : Enregistrement, publicité foncière, impôt de solidarité sur la fortune, timbre

Chapitre III : Autres droits et taxes

Section I : Taxe sur les conventions d'assurances

I : Champ d'application

B : Régimes spéciaux et exonérations

### **Article 995** [ modifié par art. 57-V ex 32-V]

*(Loi n° 83-1179 du 29 décembre 1983 art. 22 II finances pour 1984 Journal Officiel du 30 décembre 1983)*

*(Loi n° 84-1208 du 29 décembre 1984 art. 16, art. 17 finances pour 1985 Journal Officiel du 30 décembre 1984 en vigueur le 1er janvier 1985)*

*(Loi n° 87-1061 du 30 décembre 1987 art. 26 II finances rectificative pour 1988 Journal Officiel du 31 décembre 1987)*

*(Loi n° 88-1149 du 23 décembre 1988 art. 24 III, IV finances pour 1989 Journal Officiel du 28 décembre 1988 en vigueur le 1er janvier 1989)*

*(Loi n° 89-935 du 29 décembre 1989 art. 17 I, II, IV finances pour 1990 Journal Officiel du 30 décembre 1989 modification directe incorporée dans l'édition du 15 juin 1990)*

*(Loi n° 90-1168 du 29 décembre 1990 art. 10 finances pour 1991 Journal Officiel du 30 décembre 1990 en vigueur le 1er juillet 1990)*

*(Loi n° 91-716 du 26 juillet 1991 art. 31 Journal Officiel du 27 juillet 1991 en vigueur le 1er janvier 1991)*

*(Loi n° 92-1376 du 30 décembre 1992 art. 19 I finances pour 1993 Journal Officiel du 31 décembre 1992 en vigueur le 1er janvier 1993)*

*(Loi n° 93-1352 du 30 décembre 1993 art. 33 I II finances pour 1994 Journal Officiel du 31 décembre 1993)*

*(Loi n° 93-6 du 4 janvier 1993 art. 32 II Journal Officiel du 5 janvier 1993)*

*(Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 art. 33 I II Journal Officiel du 25 janvier 1997)*

*(Loi n° 96-597 du 2 juillet 1996 art. 91, art. 92 Journal Officiel du 4 juillet 1996)*

*(Ordonnance n° 2000-550 du 15 juin 2000 art. 1, art. 6 Journal Officiel du 22 juin 2000)*

*(Ordonnance n° 2000-1223 du 14 décembre 2000 art. 4 I 81° Journal Officiel du 16 décembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2001)*

*(Ordonnance n° 2000-1249 du 21 décembre 2000 art. 4 II 28° Journal Officiel du 23 décembre 2000)*

*(Loi n° 2001-1276 du 28 décembre 2001 art. 63 I finances rectificative pour 2001 Journal Officiel du 29 décembre 2001)*

*(Loi n° 2002-1576 du 30 décembre 2002 art. 50 I, art. 51 I finances rectificative pour 2002 Journal Officiel du 31 décembre 2002 en vigueur le 1er janvier 2003)*

Sont exonérés de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances :

1° Les réassurances, sous réserve de ce qui est dit à l'article 1000 ;

2° Les assurances bénéficiant, en vertu de dispositions exceptionnelles, de l'exonération des droits de timbre et d'enregistrement, à l'exception de celles couvrant les risques maladie souscrites auprès des mutuelles définies par l'article L. 111-1 du code de la mutualité ;

3° Les contrats d'assurances sur corps, marchandises transportées et responsabilité civile du transporteur, des navires de commerce et des navires de pêche souscrits contre les risques de toute nature de navigation maritime ou fluviale ;

4° Les contrats d'assurances sur corps, marchandises transportées et responsabilité civile du transporteur, des aéronefs souscrits contre les risques de toute nature de navigation aérienne ;

5° Les contrats d'assurances sur la vie et assimilés y compris les contrats de rente viagère (1) ;

5° bis (Abrogé) ;

6° Les contrats d'assurances sur les risques de gel de récoltes et de tempêtes sur récoltes ou sur bois sur pied ;

7° Les contrats d'assurances sur marchandises transportées et responsabilité civile du transporteur des transports terrestres ;

8° Les assurances des crédits à l'exportation ;

9° Les contrats de garantie souscrits auprès des entreprises d'assurances en application de l'article L214-47 du code monétaire et financier et de l'article 9 modifié du décret n° 89-158 du 9 mars 1989 portant application des articles 26 et 34 à 42 de la loi n° 88-1201 du 23 décembre 1988 modifiée et relatif aux fonds communs de créances ;

10° Les contrats souscrits par le Centre national de transfusion sanguine pour le compte des centres de transfusion sanguine auprès du groupement d'assureurs des risques de transfusion sanguine pour satisfaire aux conditions de l'assurance obligatoire des dommages causés aux donneurs et aux receveurs de sang humain et de produits sanguins d'origine humaine (2) ;

11° Les assurances contre les risques de toute nature relatifs aux véhicules terrestres à moteur utilitaires d'un poids total autorisé en charge supérieur à 3,5 tonnes ;

12° Les contrats d'assurance couvrant les risques de toute nature afférents aux récoltes, cultures, cheptel vif, cheptel mort, bâtiments affectés aux exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci.

Cette exonération s'applique, dans les mêmes conditions, aux camions, camionnettes, fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires ;

13° Les contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L722-4, L722-9, au 1° de l'article L722-10 et aux articles L722-21, L722-28, L722-29, L731-25 et L741-2 du

code rural ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes, lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation.

14° Les contrats d'assurance dépendance (3) ;

15° Les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture ~~et que~~ **, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré (4) , que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code ;**

16° Les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré (4), **que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code .**

17° Les cotisations versées par les exploitants de remontées mécaniques dans le cadre du système mutualiste d'assurance contre les aléas climatiques.

(1) Ces dispositions s'appliquent à compter du 1er juillet 1990, sauf pour les opérations d'assurance sur la vie réalisées dans le cadre d'un plan d'épargne populaire exonérées dès le 1er janvier 1990.

(2) Cette exonération s'applique à compter du 1er janvier 1991.

(3) Ces dispositions s'appliquent à compter de la date d'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2000-1249 du 21 décembre 2000 relative à la partie Législative du code de l'action sociale et des familles.

(4) Ces dispositions s'appliquent à l'ensemble des primes ou cotisations échues à compter du 1er octobre 2002.

Livre II : Des crimes et délits contre les personnes

Titre II : Des atteintes à la personne humaine

Chapitre VI : Des atteintes à la personnalité

Section 4 : De l'atteinte au secret

Paragraphe 1 : De l'atteinte au secret professionnel

**Article 226-13**

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

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

**Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989  
renforçant les garanties offertes aux personnes  
assurées contre certains risques.**

Titre Ier : Dispositions communes aux opérations mises en oeuvre par les entreprises régies par le code des assurances, par les institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural et par les mutuelles relevant du code de la mutualité.

**Article 6**

*Modifié par Ordonnance 2001-350 2001-04-19 art. 8 JORF 22 avril 2001.*

Pour les opérations collectives autres que celles mentionnées à l'article 2 de la présente loi et pour les opérations individuelles et sous réserve du paiement des primes ou cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, à compter de l'adhésion de l'intéressé ou la souscription du contrat ou de la convention, l'organisme ne peut refuser de maintenir aux intéressés le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Les personnes visées sont celles qui sont affiliées au contrat collectif ou d'assurance de groupe ou mentionnées au contrat individuel ou à la convention tant que celles-ci le souhaitent, sans réduction des garanties souscrites, aux conditions tarifaires de la catégorie dont elles relèvent, avec maintien, le cas échéant, de la cotisation ou de la prime pour risque aggravé.

L'organisme ne peut ultérieurement augmenter le tarif d'un assuré ou d'un adhérent en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de celui-ci.

Si l'organisme veut majorer les tarifs d'un type de garantie ou de contrat, la hausse doit être uniforme pour l'ensemble des assurés ou adhérents souscrivant ce type de garantie ou de contrat.

Après l'expiration d'un délai de deux ans suivant l'adhésion de l'intéressé ou la souscription du contrat ou de la convention, les mêmes dispositions sont applicables aux garanties contre les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, le risque chômage et, à titre accessoire à une autre garantie, contre le risque décès tant que l'assuré n'a pas atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et sous réserve des sanctions pour fausse déclaration.

Les dispositions du présent article ne sont applicables ni aux contrats ou conventions qui couvrent exclusivement le risque décès, ni à la garantie ou au contrat souscrit en application du troisième alinéa de l'article 4 de la présente loi.

**Article 9-1** *[créé par art. 57-VII ex 32-VII]*

**Par dérogation à l'article 6, lorsque la participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale pour une spécialité inscrite sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du même code est augmentée, l'organisme peut décider, lors du renouvellement du contrat, que la part supplémentaire laissée à la charge de l'assuré n'est pas remboursée.**

Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de  
financement de la sécurité sociale pour 2003  
**LFSS pour 2003 (2002-1487)**

Titre IV : Dispositions relatives à l'assurance maladie

**- Article 31** [abrogé par art. 39-II ex 21-II]

~~Lorsqu'il agréé ou approuve les accords, conventions, annexes et avenants mentionnés aux articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 et L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale, le ministre chargé de la sécurité sociale adresse aux commissions compétentes du Parlement un rapport sur la cohérence de ces accords, conventions, annexes et avenants avec l'objectif prévu au 4<sup>e</sup> du I de l'article L0-111-3 dudit code.~~

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par décision du Conseil constitutionnel n° 2002-463 DC du 12 décembre 2002.]

*(Loi n° 91-1322 du 30 décembre 1991 art. 93 finances pour 1992 Journal Officiel du 31 décembre 1991)*

*(Décret n° 98-400 du 22 mai 1998 art. 1 Journal Officiel du 24 mai 1998)*

*(Loi n° 94-126 du 11 février 1994 art. 26 II Journal Officiel du 13 février 1994)*

*(Décret n° 2002-923 du 6 juin 2002 art. 1 Journal Officiel du 8 juin 2002)*

*(inséré par Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 art. 10 I finances pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2003)*

I. - Sous réserve des dispositions propres aux bénéficiaires industriels et commerciaux, aux bénéficiaires agricoles et aux bénéficiaires non commerciaux, les plus-values réalisées par les personnes physiques ou les sociétés ou groupements qui relèvent des articles 8 à 8 ter, lors de la cession à titre onéreux de biens immobiliers bâtis ou non bâtis ou de droits relatifs à ces biens, sont passibles de l'impôt sur le revenu dans les conditions prévues aux articles 150 V à 150 VH.

Ces dispositions s'appliquent, sous réserve de celles prévues au 3° du I de l'article 35, aux plus-values réalisées lors de la cession d'un terrain divisé en lots destinés à être construits.

II. - Les dispositions du I ne s'appliquent pas aux immeubles, aux parties d'immeubles ou aux droits relatifs à ces biens :

1° Qui constituent la résidence principale du cédant au jour de la cession ;

2° Qui constituent l'habitation en France des personnes physiques, non résidentes en France, ressortissantes d'un Etat membre de la Communauté européenne, dans la limite d'une résidence par contribuable et à condition que le cédant ait été fiscalement domicilié en France de manière continue pendant au moins deux ans à un moment quelconque antérieurement à la cession ;

3° Qui constituent les dépendances immédiates et nécessaires des biens mentionnés aux 1° et 2°, à la condition que leur cession intervienne simultanément avec celle desdits immeubles ;

4° Pour lesquels une déclaration d'utilité publique a été prononcée en vue d'une expropriation, à condition qu'il soit procédé au remploi de l'intégralité de l'indemnité par l'acquisition, la construction, la reconstruction ou l'agrandissement d'un ou de plusieurs immeubles dans un délai de douze mois à compter de la date de perception de l'indemnité ;

5° Qui sont échangés dans le cadre d'opérations de remembrement mentionnées à l'article 1055, d'opérations effectuées conformément aux articles L. 122-1, L. 123-1, L. 123-24 et L. 124-1 du code rural ainsi qu'aux soultes versées en application de l'article L. 123-4 du même code. En cas de vente de biens reçus à cette occasion, la plus-value est calculée à partir de la date et du prix d'acquisition du bien originel ou de la partie constitutive la plus ancienne dans les cas de vente de lots remembrés ;

6° Dont le prix de cession est inférieur ou égal à 15 000 Euros. Le seuil de 15 000 Euros s'apprécie en tenant compte de la valeur en pleine propriété de l'immeuble ou de la partie d'immeuble.

III. - Les dispositions du I ne s'appliquent pas aux plus-values réalisées par les titulaires de pensions de vieillesse ou de la carte d'invalidité correspondant au classement dans la deuxième ou la troisième des catégories prévues à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale qui, au titre de l'avant-dernière année précédant celle de la cession, ne sont pas passibles de l'impôt de solidarité sur la fortune et dont le revenu fiscal de référence n'excède pas la limite prévue au I de l'article 1417, appréciés au titre de cette année.

#### Article 150 UA

*(inséré par Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 art. 10 I finances pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2003)*

I. - Sous réserve des dispositions de l'article 150 V bis et de celles qui sont propres aux bénéficiaires industriels et commerciaux, aux bénéficiaires agricoles et aux bénéficiaires non commerciaux, les plus-values réalisées lors de la cession à titre onéreux de biens meubles ou de droits relatifs à ces biens, par des personnes physiques, domiciliées en France au sens de l'article 4 B, ou des sociétés ou groupements qui relèvent des articles 8 à 8 quinquies dont le siège est situé en France, sont passibles de l'impôt sur le revenu dans les conditions prévues aux articles 150 V à 150 VH.

II. - Les dispositions du I ne s'appliquent pas :

1° Sous réserve des dispositions de l'article 150 V sexies, aux meubles meublants, aux appareils ménagers et aux voitures automobiles qui ne constituent pas des objets d'art, de collection ou d'antiquité ;

2° Aux meubles dont le prix de cession est inférieur ou égal à 5 000 Euros.

#### Article 150 UB

*(inséré par Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 art. 10 I finances pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2003)*

I. - Les gains nets retirés de cessions à titre onéreux de droits sociaux de sociétés ou groupements qui relèvent des articles 8 à 8 ter, dont l'actif est principalement constitué d'immeubles ou de droits portant sur ces biens, sont soumis exclusivement au régime d'imposition prévu au I et au 1° du II de l'article 150 U. Pour l'application de cette disposition, ne sont pas pris en considération les immeubles affectés par la société à sa propre exploitation industrielle, commerciale, agricole ou à l'exercice d'une profession non commerciale.

II. - Les dispositions du I ne sont pas applicables, au titre de l'année de l'échange des titres, aux plus-values réalisées dans le cadre d'une opération de fusion, de scission ou d'un apport de titres à une société soumise à l'impôt sur les sociétés. Cette exception n'est pas applicable aux échanges avec soulte lorsque le montant de la soulte reçue par le contribuable excède 10 % de la valeur nominale des titres reçus.

III. - Lorsque les titres reçus dans les cas prévus au II de l'article 92 B dans sa rédaction en vigueur avant le 1er janvier 2000, aux troisième et cinquième alinéas de l'article 150 A bis en vigueur avant la date de promulgation de la loi de finances pour 2004 (n° 2003-1311 du 30 décembre 2003) ou au I ter de l'article 160 dans sa rédaction en vigueur avant le 1er janvier 2000 font l'objet d'une nouvelle opération d'échange dans les conditions définies au II, l'imposition de la plus-value antérieurement reportée est reportée de plein droit au moment où s'opérera la cession, le rachat, le remboursement ou l'annulation des nouveaux titres reçus.